

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию
Учредитель

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Воронежская Государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Соучредители

Главное управление
здравоохранения
администрации
Воронежской области

Департамент здравоохранения
администрации
Брянской области

Управление здравоохранения
администрации
Тамбовской области

Управление здравоохранения
Орловской
областной администрации

Управление здравоохранения
администрации
Белгородской области

Управление здравоохранения
администрации
Липецкой области

Комитет здравоохранения
Правительства Курской
области

Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья

**ежеквартальный
научно-практический журнал**

№ 35

I квартал 2009 г.

**Материалы 11-й межрегиональной научно-
практической конференции
«Актуальные вопросы психиатрии, наркологии
и медицинской психологии»**

ISSN 1990-472X

Рег.номер Информрегистра 0420900006;

Регистрация СМИ Эл № ФС 77-29550

Воронеж, 2009

УДК 61 – 001.8

Печатная версия сетевого электронного научного издания зарегистрировано Федеральным агентством по информационным технологиям регистрационное свидетельство № 194 от 10 октября 2008 г номер регистрации в Государственном реестре № 0420900006

Зарегистрировано Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия, номер госрегистрации Эл № ФС 77-29549 от 21 сентября 2007 г.

Главный редактор — д-р мед. наук, проф. **Есауленко Игорь Эдуардович** – заслуженный работник высшей школы, ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава», ректор

Редколлегия:

д-р мед.наук, проф., **Дедов Иван Иванович** – директор Научного Эндокринологического Центра РАМН директор Федерального Диабетологического Центра

д-р мед.наук, проф., **Караулов Александр Викторович** – ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. Н.Н. Сеченова, заведующий кафедрой иммунологии

д-р мед.наук, проф., **Передерий Вячеслав Григорьевич** – НИИ питания Украины, директор

д-р мед.наук, проф., **Новиков Дмитрий Кузьмич** – Витебский медицинский университет (Беларусь), заведующий кафедрой общей патологии

д-р мед.наук, проф., **Газазян Марина Григорьевна** – ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Росздрава», заведующая кафедрой акушерства и гинекологии.

д-р мед.наук, проф., **Куприна Надежда Петровна** – НИИ Биомедхимии РАМН

д-р мед.наук, проф., **Глухов Александр Анатольевич** – ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава», заведующий кафедрой общей хирургии.

д-р мед.наук, проф., **Золоедов Владимир Иванович** – ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава», заведующий кафедрой эндокринологии.

д-р мед.наук, проф., **Бычков Валерий Иванович** – ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава», заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2.

д-р мед.наук, проф., **Настаушева Татьяна Леонидовна** – ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава», заведующая кафедрой госпитальной педиатрии.

д-р мед.наук, проф., **Губин Михаил Аркадьевич** – ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава», заведующий кафедрой стоматологии ИПМО

Ответственный редактор — канд.техн.наук **Пелешенко Елена Ивановна**

Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья: ежеквартальный научно-практический журнал. — Воронеж: ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 2009.– № 35, – 317 с.

Тематика журнала – вопросы клинической практики: специальности – 14.00.05 – внутренние болезни, 14.00.09 – педиатрия, 14.00.21 – стоматология, 14.00.27 – хирургия, 14.00.37 – анестезиология и реаниматология.

Издание предназначено для практических врачей различного профиля, организаторов здравоохранения, научных сотрудников и преподавателей вузов, аспирантов, ординаторов, студентов.

Регистрационный номер издания 0420900006;
Регистрация СМИ Эл № ФС 77-29549

© Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

О.Н. Азарова, С.Ю. Гордиенко

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ

Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер

Резюме. Предметом публикации является анализ основных теоретических положений, отражающих особенности современного этапа лекарственной терапии депрессий, с привлечением результатов, полученных в нашем отделении при использовании антидепрессантов последней генерации. Рассматривается также вопрос о вариантах монотерапии современными антидепрессантами избирательного действия, их комбинации с другими психотропными препаратами при наличии органических изменений мозга у пациентов. Сделаны выводы о преимуществе терапии антидепрессантами селективного действия в случаях сочетания у исследуемых пациентов депрессивных состояний с церебральной органической недостаточностью.

Ключевые слова: терапия, депрессия, антидепрессанты, резидуальная церебральная органическая недостаточность.

Актуальность. Депрессия широко распространена и является гетерогенным состоянием, связанным с высокой заболеваемостью и смертностью. Согласно эпидемиологическим данным Всемирной организации здравоохранения заболеваемость депрессиями на сегодняшний день приближается к трём процентам, то есть около ста миллионов жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессивного расстройства и соответственно нуждаются в адекватной медицинской помощи. Депрессия среди заболеваний, приводящих к инвалидизации, занимает одно из первых мест. Причём за последние годы возрастает число пациентов, у которых депрессивные состояния возникают на фоне резидуальной церебральной органической недостаточности (РЦОН).

Обращаясь к рассмотрению вопросов, касающихся медикаментозного лечения депрессивных расстройств, следует признать, что достигнутый прогресс связан с постоянным расширением арсенала антидепрессантов, включающим на сегодня уже несколько нейрхимических групп. Как известно, первое поколение, получившее название традиционные анти депрессанты, включало две группы препаратов: трициклической структуры и необратимых ингибиторов МАО. Отличительной особенностью последующих поколений (второго, третьего) является наличие у препаратов этой группы селективного действия на нейрхимические структуры. Среди них выделяются антидепрессивные средства как однонаправленного (серотонинергического или норадренергического), так и сочетанного действия, влияющих на метаболизм названных двух нейрональных медиаторов.

Не вызывает сомнения, что как для интерпретации данных, полученных в научных исследованиях, так и для практикующих психиатров абсолютно необходимы не только сведения о фармакологическом профиле, но и знание о связи между нейрхимической активностью препарата и его лечебным эффектом

при разных депрессивных структурах. Первоначально для такого разграничения были предложены классификации антидепрессантов по типу клинического эффекта. В основу этих классификаций, примером которой может служить классификация, разработанная А.В. Снежневским (1983) было положено распределение препаратов по наличию у них стимулирующего или седативного действия. Понятно, что если для первых адекватной точкой приложения являются депрессии с компонентами классической триады, то для вторых - депрессивные структуры с наличием аффекта тревоги.

Однако большое число фактов, накопленных в последующие годы, указали на недостаточность такой первоначальной дихотомии препаратов по типу клинического эффекта.

Сказанное подтверждают данные, приведенные С.Н. Мосоловым (1996), в которых обобщён опыт применения, как традиционных антидепрессантов, так и препаратов современного поколения. Как следует из материала этой публикации, активирующий и седативный эффекты являются хотя и важной, но только частью психотропной и общеорганизменной сферы действия этих препаратов. Наряду с ними автор выделяет холинолитическое, гипнотическое, вегетостабилизирующее, антифобическое действие антидепрессивных средств.

Тем самым становится понятным необходимость разработки иных концептуальных подходов для выделения показаний к назначению тех или иных антидепрессантов, а также для оценки их эффективности. Несомненно, перспективным современным направлением в этом отношении следует признать предложенное А. Б. Смулевичем (2002) разделение всего спектра депрессивных симптомов на два ряда с выделением симптомов, характеризующих позитивную и негативную аффективность. К первому ряду расстройств, которые фундированы голотимным аффектом, отнесено преобладание признаков депрессивной гиперестезии с наличием, в частности, идей малоценности, соматических нарушений. Для купирования этого ряда симптомов, согласно данным, полученным автором, эффективны и традиционные, и современные антидепрессанты. А вот для коррекции симптомов второго ряда, таких, как проявления апатии, утрата эмоциональных реакций, наличие когнитивных расстройств эффективным оказывается применение только современных препаратов селективного действия.

Разделение на позитивную и негативную аффективность в определенной мере солидаризируется с концепцией позитивной и негативной шизофрении, предложенной ранее Т. Сгров, N. Andreasen и получившей широкую известность в среде психиатров. Если обратиться к вероятной патогенетической основе этих форм, то следует напомнить, что речь идет о двух состояниях головного мозга.

Так, если при позитивной шизофрении структура мозговой ткани не нарушена, то при негативных формах выявляются стойкие церебральные изменения.

Материал и методы исследования. Были изучены нейроморфологические КТ-данных (с использованием результатов корреляционного анализа) в случаях депрессий при наличии либо отсутствии признаков резидуальной церебральной органической недостаточности (РЦОН), т.е. «патологии почвы» в понимании Жислина С.Г.

Полученные результаты и их обсуждение. При наличии проявлений «патологии почвы» в клинике депрессий изменения на томограммах были определены как в подкорковых структурах (переднестволовые отделы, области 3,4 жел.), так и в размерах некоторых корковых показателей. Из корковых отделов нейроморфологические изменения были выявлены в височных (двусторонние) и лобных структурах (расширение межполушарной щели в лобном отделе). Кроме того, выявлялись признаки проявлений корковой атрофии (увеличение числа борозд и увеличение размеров показателя, характеризовавшего ширину борозд). Согласно результатам корреляционного анализа были обнаружены корково-подкорковые сопряженности между изменениями абсолютных и относительных (в виде индексов) размеров показателей, полученных для диэнцефальной структур (в области 3-го желудочка), и показателей, характеризовавших фронтальные и височные отделы коры головного мозга. В то же время при отсутствии клинических признаков органической церебральной недостаточности были установлены единичные сопряженности только между некоторыми из подкорковых показателей (речь идет о диэнцефальных структурах, и отсутствием подкорково-корковых корреляций). Полученные различия в нейроморфологических картинах сопрягались с данными клиники депрессий. В клинических структурах был отчетливо представлен полиморфизм коморбидных депрессии расстройств при наличии признаков мозговой недостаточности. Так, наибольшую выраженность в этих случаях имели депрессивно-деперсонализационные и тревожно-депрессивные структуры (соответственно 17,1% и *V* 15,6% случаев). Далее с убывающей частотой следовали депрессивно-сенесто-ипохондрические (11,4%), меланхолические (9,1%), депрессивно-анергические (6,7%) и депрессивно-обсессивные (4,2%) синдромы. Напротив, при отсутствии указаний на нейроморфологические КТ-изменения были отмечены более классические депрессивные структуры, отвечающие категории «позитивная аффективность» в понимании А.Б. Смулевича. Так, в этой группе суммарно более чем у 2/3 больных были диагностированы меланхолические и тревожно-депрессивные синдромы (соответственно 53,2% и 24,6%). Анализ содержания проводившейся антидепрессивной терапии позволил подразделить все

разнообразие применявшихся курсов на 6 вариантов. Вариант Т1 («Стандартный» - 120 терапевтических курсов) включал применение стандартных трициклических антидепрессантов (мелипрамин, амитриптилин) в средних или низких суточных дозах. Использовалась терапия «прикрытия» с назначением бензодиазепиновых производных. В варианте Т2 («Щадящий» - 90 т.к.) были использованы современные антидепрессанты избирательного действия, не обладающие выраженными побочными эффектами. Допускалась комбинированная терапия с бензодиазепиновыми производными (БД), вегетостабилизирующими средствами. Вариант Т3 («Сочетанный Т1+Т2» - 44 т.к.) предусматривал возможность сочетанного применения основных психотропных препаратов из вариантов Т1 и Т2. Использовалась терапия «прикрытия», при необходимости назначались БД, антиконвульсанты, вегетостабилизирующие средства. Вариант Т4 («Комбинированный I» - 50 т.к.): вариант Т1 + ноотропы + дегидратационная, рассасывающая терапия. Вариант Т5 («Комбинированный II» - 78 т.к.): вариант Т2 + ноотропы + дегидратационная, рассасывающая терапия. Вариант Т6 («Интенсивный» - 106 т.к.) применение стандартных антидепрессантов (мелипрамин, амитриптилин) в высоких или средних суточных дозах, без учета фактора РЦОН В этот вариант были включены курсы либо с отсутствием терапии «прикрытия», либо с несбалансированным приемом бензодиазепиновых препаратов.

Приведенные варианты терапии были применены в той и другой группах больных с регистрацией для каждого из этих вариантов, как показателей эффективности, так и частоты наблюдавшихся побочных эффектов.

Как было выявлено, при наличии органических изменений мозга наибольшую эффективность имели варианты монотерапии современными антидепрессантами избирательного действия (Т2), их комбинации с другими психотропными средствами (Т3) (главным образом с нормотимиками, транквилизаторами, небольшими дозами НЛ), либо с церебропротекторами и средствами дегидратации (Т5). Показатели положительных ответов составили соответственно 63,2%, 52,8% и 65,2% больных против 46,4% при варианте Т1, 40,8% при варианте Т4 и 39,1% при варианте Т6. При этих же трех вариантах побочные эффекты терапии были отмечены реже, чем при применении других тактик лечения. В частности, суммарный показатель побочных эффектов при варианте Т2 составил 24,6%, при варианте Т3 - 34,4% и при варианте Т5 - 19,8%. Для сравнения, этот показатель при вариантах Т1, Т4 и Т6 имел размерности соответственно 40,2%, 36,2% и 63,2%.

Тем самым было установлено, что размерность «терапевтического окна», рассчитывавшаяся как разница между показателями эффективности и частоты

побочных эффектов, имела оптимальные величины именно при вариантах антидепрессивного лечения: Т2, Т3 и Т5. При этих вариантах она составила соответственно 38,8%, 18,4% и 45,4%. К числу препаратов, использованных при этих трех вариантах, относились в первую очередь селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), давая клиническую характеристику которым мы не считаем необходимым ввиду их широкого распространения в повседневной практике. Более существенные особенности для терапии депрессий, осложненных «патологией почвы», были получены у двух других антидепрессантов селективного ряда. Речь идет о тианептине (коаксил) и милнаципране (иксел). Говоря о клинической эффективности коаксила, относящегося к антидепрессантам, влияющим на обмен серотонина, но, в отличие от блокаторов его реаптейка, стимулирующего реаптейк серотонина., следует оговориться, что показатель положительных ответов для нас был важен не столько своей размерностью, сколько характером составивших его случаев депрессий. Речь идет о непсихотических формах с отчетливой представленностью в их структурах сенесто-ипохондрических, обсессивных и личностно-опосредованных расстройств, заостренных депрессивным аффектом. В свою очередь, эффект иксела, который обладает воздействием одновременно на метаболизм и серотонина и норадреналина, был установлен при лечении главным образом психотических форм депрессий, осложненных признаками церебральной недостаточности. Наряду с эффективностью, не менее важной стороной действия у обоих этих антидепрессантов была редкая представленность побочных эффектов (антихолинергических, кардиоваскулярных и других), что обеспечивало возможность их применения у больных с наличием признаков соматовегетативной и эндокринной декомпенсации. Тем самым, и коаксил, и иксел следует признать препаратами выбора для депрессивных больных с сопутствующей соматоневрологической патологией. Особо следует выделить, что наихудшие результаты в этой когорте больных были отмечены при варианте Т6, в котором не учитывался фактор «патологической церебральной почвы». Здесь частота побочных эффектов даже превышала показатель эффективности, соответственно 63,2% против 39,1%.

Иные результаты терапии были отмечены в случаях депрессий с отсутствием нейроморфологических КТ-изменений. У этих больных высокие показатели эффективности были примерно равны при всех вариантах и имели размерность от 62, 8% (Вариант Т6) до 85,6% (Вариант Т3). В свою очередь, ширина диапазона «терапевтических окон», ввиду низкой размерности полученных показателей частоты побочных эффектов, от 9,2% (Вариант Т2) до 23,7% (Вариант Т6), указала на возможность применения каждой из исследованных схем лечения.

Выводы. Реакция на терапевтические воздействия отличала больных с депрессивными расстройствами при отсутствии «патологической почвы» от больных с наличием РЦОН, поскольку у первых получена примерно одинаковая эффективность различных вариантов лечения, равно как и невысокая частота представленности побочных явлений терапии. При наличии РЦОН терапевтический процесс был осложнён проявлениями как повышенной чувствительности (интолерантность или отрицательная резистентность), так и сниженной чувствительности (положительная резистентность) при несбалансированном применении психотропных средств и общебиологических методов лечения.

Главными принципами патогенетической терапии аффективных психозов у больных с резидуальной церебральной органической недостаточностью (РЦОН) следует считать:

а) применение «щадящих» вариантов терапии с назначением психотропных препаратов, не оказывающих выраженных побочных эффектов: антидепрессанты селективного действия, «мягкие» нейролептики, антиконвульсанты (карбамазепин, депакин и другие) как средства нормотимизирующего ряда для вторичной профилактики психозов;

б) применение одновременной терапии «прикрытия» с использованием корригирующего влияния вегетостабилизирующих, нейрометаболических, антипаркинсонических препаратов;

в) проведение патогенетически ориентированной терапии с назначением средств, направленных на компенсацию последствий органического поражения мозга: дегидратационные, рассасывающие, вазотропные препараты.

В отношении применения антидепрессивных средств следует признать обоснованным использование современного поколения антидепрессантов селективного действия как при отсутствии, так и наличии признаков церебральной органической недостаточности. Применение традиционных антидепрессантов показано, главным образом, в терапии депрессий при отсутствии проявлений РЦОН. Наличие признаков органической мозговой недостаточности является фактором, делающим нецелесообразным назначение препаратов из этой группы психотропных средств.

Литература.

1. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов.-С-Пб, 1995, С. 281.
2. Мосолов С. Н., Бовин Р.Я., Пантелеева Г. П. и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата тианептин (коаксил) при терапии депрессий. Журн. Неврологии и психиатрии Им. С. С. Корсакова 2003 №8 стр. 29-34.

3. Смулевич А. Б. Депрессия в общей медицине, М., 2001.
4. Смулевич А. Б. Депрессия и коморбидные расстройства, М., 1997.
5. «Руководство по психиатрии» под ред. А. В. Снежневского, М., «Медицина», 1983.

Abstract.

O.N. Azarova, S.Ju. Gordienko

MODERN APPROACHES TO THERAPY OF DEPRESSIONS

Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary

A subject of the publication is the analysis of the basic theoretical positions reflecting features of the present stage of medicinal therapy of depressions, with attraction of the results received in our branch at use of antidepressants of last generation. The question on variants of monotherapy by modern antidepressants of selective action, their combination with other psychotropic preparations is considered also at presence of organic changes of a brain at patients. Conclusions about advantage of therapy are made by antidepressants of selective action in case of a combination at researched patients of depressions with cerebral organic insufficiency.

Key words: therapy, depression, antidepressants, cerebral organic insufficiency.

References.

1. Mosolov S.N. Clinical application modern antidepressants.-St-Petersburg, 1995. - P.281.
2. Mosolov S.N., Bovin R.J., Panteleeva G.P. et al. Clinical efficiency and bearableness of a preparation tianeptine at therapy of depressions // Zh. Nevр. i psych. im. S.S. Korsakova. - 2003. - №.8. - P. 29-34.
3. Smoulevich A.B. Depression in the general medicine, М., 2001.
4. Smoulevich A.B. Depression and comorbid diseases, М., 1997.
5. The Manual on psychiatry / A.V. Snezhnevsky (Edit.), М.: "Medicine", 1983.

Сведения об авторах: Ольга Николаевна Азарова

Телефоны для контакта: 8-(47371)-90-345 (рабочий), 8-906-585-40-93 (мобильный).

Д.Н. Алексеева, О.Ю. Ширяев, Д.Л. Шаповалов
**РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ
С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ПРЕСТУПНИКАМИ**

*Каф. психиатрии с наркологией и психиатрией ИПМО
ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава*

Резюме. В статье приведены результаты исследования, проводившегося на базе Центра временного содержания несовершеннолетних преступников при ГУВД Воронежской области в 2007-2009 гг. Под нашим наблюдением находились 86 лиц мужского пола в возрасте от 9 до 16 лет. В результате проведенной психокоррекционной работы выявлено снижение выраженности негативных признаков, формирование позитивной оценки образа «я», проведена наработка навыков контроля.

Ключевые слова: несовершеннолетние преступники, психокоррекция, тревога, агрессия.

Актуальность. В настоящее время отмечается рост различных отклонений в личностном развитии и поведении растущих людей. Среди них особую тревогу вызывают не только прогрессирующая отчуждённость, повышенная тревожность, духовная опустошённость детей, но их цинизм, жестокость, агрессивность.

Цель работы – изучение реальных предпосылок, психологических причин асоциального поведения подростков, определение условий его предотвращения и создание психокоррекционной программы; исследование «социальной ситуации развития», деятельности ребёнка, его эмоционального состояния способствует лучшему пониманию особенностей поведения и позитивной интеграции подростков в общество.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе Центра временного содержания несовершеннолетних правонарушителей при ГУВД Воронежской области в 2007-2009 гг. Под нашим наблюдением находились 86 лиц мужского пола в возрасте от 9 до 16 лет, из которых была сформирована контрольная и основная группы (32 и 54 человека). Средний возраст подростков составил 11,2 года. В Центр подростки помещались за совершение административных правонарушений и общественно-опасных деяний.

С основной группой проводилось 5 занятий. Для оценки выраженности уровня тревожности проводилось исследование по методике “Личностная шкала проявления тревоги” (содержит 60 вопросов, утверждения входят в состав ММРІ в качестве дополнительной шкалы), исследование с помощью методики диагностики самооценки психических состояний (по Г.Айзенку), проективные методики «Несуществующее животное» и «Человек» (тест разработан американскими психологами Маковером и Гуденау), а также беседа, опрос, анализ документальных сведений на каждого подростка и сбор данных в результате анкетирования. Исходя из результатов исследования, была разработана и апробирована психокоррекционная программа.

Статистическая обработка материала проводилась на персональной ЭВМ «Пентиум 4» с помощью пакета статистического анализа SPSS и электронной таблицы Excel 7.0 в операционной среде Windows.

Полученные результаты и их обсуждение. Анализ показывает, что основными причинами совершения правонарушений и преступлений подростками являются: – неблагополучная обстановка в семье – 64,8%; – нетрудоспособность родителей – 31%; – пьянство родителей – 14%; – аморальный образ жизни родителей – 4,8%; – крайне сложное материальное положение – 38%; – невыполнение родителями своих обязанностей по воспитанию, обучению детей – 20%; – слабый контроль за поведением – 63%.

В результате анкетирования подростков выявлено, что 44,3% несовершеннолетних из неполных семей, у 47% родители безработные. Часто несовершеннолетние находятся в условиях, способствующих совершению правонарушений, так 28,7% подростков не учатся, 37% совершили самовольный уход из дома по тем или иным причинам, 26% и ранее уходили самовольно из дома на срок от 4 дней до 2 месяцев, 7,8% находились в розыске. Среди них 83,3% имели систематические прогулы школьных занятий, 58,3% дублировали учебный год, 20% остались без попечения родителей.

В ходе исследования установлено, что имели повторные ЧМТ 78%, из них проходили в связи с этим стационарное лечение 33,3% подростков. 50% обследуемых несовершеннолетних наносили себе телесные повреждения, 26% – получали побои в семье (в 80% случаев наносил отец). 27% употребляли токсические вещества (бензин, клей), 39% - алкоголь, 18% несовершеннолетних нарушали закон, будучи в нетрезвом состоянии. Около 50% подростков проводят свободное время на улице, иногда - в компьютерных клубах.

Таблица 1.

Результаты проективного теста «Человек» в личностной сфере

Показатель	абс.	%
Общее число	54	100
Уступки своим слабостям и желаниям	14	25,9
Сильные телесные импульсы, озабоченность силой	20	37
Мужественность	22	40,7
Враждебность	10	18,5
Примитивная агрессия	35	64,8
Тревога, связанная с мышлением или воображением	22	40,7
Ориентация на окружение	9	16,7
Отсутствие стремлений вместе с чувством неадекватности	23	42,6
Ощущение недостаточности достигнутого	10	18,5
Сознательное усилие против агрессивного чувства	25	46,3
Стремление избавиться от неприятной ситуации с чувством сильной фрустрации	30	55,5
Зависимость	25	46,3
Грубость и черствость	24	44,4
Озабоченность будущим	19	35,2

Нами также использовался проективный рисуночный тест «Несуществующее животное». Интерпретацию основных показателей см. табл. 2.

Таблица 2

***Интерпретация основных показателей рисуночного теста
«Несуществующее животное»***

Основные показатели	Признаки в рисунке	абс.	%
Личностные черты			
Энергичность, активность,	Голова, повернутая вправо, большое количество дополнительных деталей, крылья, щупальца, ноги	3	5,5
Склонность к рефлексии	Голова повернута влево, хвост вниз	3	5,5
Высокая самооценка	Большая фигура, во весь лист	4	7,4
Низкая самооценка	Рисунок в нижней части листа, маленький	28	51,8
Тревожность	Нажим с продавливанием, глаза с прорисованной радужкой, хвост вниз	27	50
Инфантилизм, зависимость, незащищенность, незрелость	Детский рисунок, расположен по краю листа, животное уподобляется человеку	18	33,3
Наличие творческого начала	Разнообразие в форме и положении деталей в опорной части фигуры	4	7,4
Агрессия, агрессивная поза	Сильный нажим, жирный контур, большой рисунок, устрашающие детали	29	53,7
Импульсивность	Отсутствие ног, слабое, небрежное соединение деталей, поверхностно-звуковое название	17	31,5
Сфера общения			
Нежелание выпускать свое «я»	Контур ничем не заполнен	95	11
Защитная установка, чувство опасности	Щиты, заслоны, удвоенные линии	9	16
Психофизическое состояние			
Астенизация	Эскизный контур, плохая организация рисунка	10	18,5
Депрессия	Рисунок внизу листа, слабый нажим, подчеркнутая симметрия	9	16
Страхи, фобии	Эскизный контур, штриховка, зачерченный рот, пустые глазницы	11	20,3

Для оценки выраженности уровня тревожности использовался тест «Личностная шкала проявления тревоги». Результаты полученные до психокоррекции см. табл. 3.

Таблица 3

***Интерпретация основных показателей теста
«Личностная шкала проявления тревоги»***

Показатель до психокоррекции	абс.	%
Высокий уровень тревожности	29	53,1
Средний уровень тревожности	24	43,8

Также было проведено исследование с помощью методики диагностики самооценки психических состояний (по Г.Айзенку) (см. табл. 4).

Таблица 4

Интерпретация основных показателей теста самооценки психических состояний (по Г.Айзенку)

Показатель до психокоррекции	абс.	%
Высокий уровень фрустрации	30	55,5
Высокий уровень ригидности	3	6,3
Средний уровень ригидности	34	62,5
Высокий уровень агрессивности	29	53,1
Средний уровень агрессивности	12	21,9

Таким образом, было отмечено повышение уровня фрустрации, тревожности и агрессивности.

По результатам исследования несовершеннолетних нами была запланирована коррекционная программа, направленная на обучение отреагирования ситуации, управлению своим гневом, снижение уровня тревожности, развитие позитивной самооценки, а также поведенческая терапия, направленная на расширение спектра поведенческих реакций в проблемной ситуации.

В рамках этой программы нами были проведены следующие психокоррекционные упражнения: Игры, направленные на сотрудничество; Упражнения для снижения уровня тревожности;

Ролевая игра (методики предложены В.И.Гарбузовым и И.А.Желдак); Актуализация «Я-состояний» в прошлом, настоящем и будущем, активации самосознания; Проигрывание внутриличностных конфликтов, обучение позитивной оценке и принятие собственных негативных качеств; После окончания упражнений проводилось обсуждение: что понравилось, а что нет; какое упражнение вызвало трудности и т.д.

Для разминки проводилась игра «изобрази снег», «море волнуется».

Результаты, полученные после проведенной психокоррекционной программы см. табл. 5, 6.

Таблица 5

Интерпретация основных показателей теста «Личностная шкала проявления тревоги»

Показатель после психокоррекции	абс.	%
Высокий уровень тревожности	24	44,7%
Средний уровень тревожности	21	38,7%

Интерпретация основных показателей теста самооценки психических состояний (по Г.Айзенку)

Показатель после психокоррекции	абс.	%
Высокий уровень фрустрации	26	48,1%
Высокий уровень ригидности	4	7,4%
Средний уровень ригидности	28	51,9%
Высокий уровень агрессивности	26	48,1%
Средний уровень агрессивности	9	16,7%

Выводы. В результате проведенной психокоррекционной работы выявлено снижение выраженности негативных признаков, формирование позитивной оценки образа «я», проведена наработка навыков контроля. В ходе нашей работы было выявлено положительное влияние подвижных игр, которые раскрепощали ребят и упражнения выполнялись легко и непринужденно. Для того, чтобы результат работы с подростками был устойчивым, необходима длительная работа с привлечением ребенка в различные кружки, студии, секции. Важна роль родителей и друзей подростка в выборе жизненного пути, правильных поступков. При психологической реабилитации детей, совершивших правонарушения, возможны определенные отступления от этой схемы, однако во всех случаях главное суметь правильно определить реальное психическое состояние подростка и помнить, что ему можно и нужно помочь.

Abstract.

D.N. Alexeeva, O.Y. Shirayev, D.L. Shapovalov

RESULT OF PSYCHOCORRECTION WITH JUVENILE OFFENDERS

Chair of psychiatry N.N. Burdenko Voronezh state medical academy

The article concerns result of psychocorrection with juvenile offenders. It is reported about the investigation 86 males between the ages of 9 to 16 years in the center of the temporary detention of juvenile offenders. The article also covers the therapeutic approaches to the problems of aggression, anxiety and positive self-esteem.

Key words: juvenile offenders, psychocorrection, anxiety, aggression, low self-esteem.

Сведения об авторах: Алексеева Диана Николаевна – канд.медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии с наркологией и психиатрией ИПМО Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко

Почтовый адрес: Воронеж, 394 000, ул. Студенческая 10.

Телефон для контакта: 71 55 22 (рабочий).

И. А. Бедина, С. В. Шпорт
**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ,
ПОСТРАДАВШИМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

*ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В. П. Сербского» Росздрава*

Резюме. Изложены основные принципы и особенности оказания медико-психологической помощи женщинам, пострадавшим в результате различных чрезвычайных ситуаций. Предложен дифференцированный подход к терапии психических нарушений у женщин с учетом их временной динамики (острой реакции на стресс и посттравматического стрессового расстройства). Описано лечение с применением унифицированных схем комбинаций психотерапии и фармакотерапии.

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, лечение, посттравматическое стрессовое расстройство, острая реакция на стресс

Актуальность. На рубеже XX-XXI веков отмечается неуклонное возрастание как природных, так и антропогенных чрезвычайных ситуаций. Психическое напряжение, возникающее в экстремальных условиях, служит источником дезадаптации личности с ее различными проявлениями в виде психотических нарушений и расстройств непсихотического регистра [6]. Как в зарубежной, так и в отечественной литературе, женский пол все чаще указывается как предрасполагающий фактор развития посттравматического стрессового расстройства [13, 14]. Особую роль в формировании предрасположенности к появлению стрессовых расстройств отводят психологическим особенностям женщины – это более высокий уровень нейротизма и личностной тревожности; различный подход к способам обработки информации, решения и прогноза психогении; усиленная когнитивная переработка и отрицательный прогноз исходов психотравмирующей ситуации [10].

В связи с вышеизложенным, своевременная диагностика психических нарушений у пострадавших женщин на различных этапах чрезвычайной ситуации, организация оказания помощи и оптимальная терапия имеющихся расстройств приобретают особое значение.

Цель работы – разработка лечебно-организационных мероприятий для женщин, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций (ЧС).

Материал и методы исследования. В течение 2003-2008 гг. было обследовано 180 женщин, пострадавших в различных ЧС (дорожно-транспортные происшествия, пожар в поселке Сыдыбыл республики Саха-Якутия в 2003 г., террористический акт в г. Беслане в 2004 г.). В работе были использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы. Данные диагностического обследования дополняли результаты психологического исследования: с помощью шкалы дифференциальных эмоций (Изард К., 2000)

определялись эмоциональный профиль и коэффициент самочувствия женщин, переживших ЧС.

Полученные результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что у женщин, пострадавших в результате различных чрезвычайных ситуаций, на этапе острой реакции на стресс наблюдались состояния, нуждающиеся в медико-психологической коррекции: страх, паника, печаль, вина, подавленность и оцепенение; сужение когнитивного восприятия, неспособность сконцентрироваться или переключить внимание; диссонанс между восприятием и пониманием, в результате чего женщины не в состоянии абстрагироваться от травматических воспоминаний; потеря способности принимать стоящие (нужные, ценные) человеческие отношения; травматическая обусловленность: типовые, травматические обусловленные реакции на события и реплики, вызывающие негативные воспоминания; устойчивое состояние горя.

Следует отметить, что в период острой реакции на стресс у женщин ведущими эмоциями являлись печаль, вина, гнев. На этом этапе наиболее эффективным оказалось использование психотерапевтических методов работы (рациональная психотерапия, дебрифинг), которые направлены на достижение отреагирования пациентом актуальных психологических переживаний, связанных с психотравмирующей ситуацией, проработку ведущих эмоций.

Специализированная помощь женщинам по возможности оказывалась уже с момента развертывания ЧС или в первые часы после ее разрешения, что позволяло снизить степень выраженности психических расстройств у пострадавших в отдаленном периоде ЧС. Пункт оказания специализированной помощи разворачивался в непосредственной близости от места пребывания основного количества пострадавших (поликлиника, центры социальной помощи, центры распределения денежных компенсаций), которые посещали все пострадавшие женщины для выполнения необходимых формальностей (различные справки о состоянии здоровья, справки о составе семьи и т.п.). Медико-психологическая помощь оказывалась круглосуточно. В ночное время врачи-психиатры и психологи осуществляли амбулаторный прием, оказывали помощь по телефону «горячая линия», а в составе выездной бригады – специализированную помощь на дому. Для коррекции общесоматического состояния к работе привлекались врачи-интернисты.

При назначении лекарственных средств в первые часы после чрезвычайной ситуации учитывалось преобладание того или иного симптома и степень его выраженности. С учетом установленной природы рассматриваемых состояний оказывалось оправданным использование традиционных психофармакологических средств. Применялись транквилизаторы (диазепам 5 мг), гипнотики (зопиклон

3,75–7,5 мг; золпидем 5–10 мг), препараты растительного происхождения, обладающие седативным действием (экстракт валерианы, настойка пиона, настойка пустырника), а также глицин (суточная доза 0,6–0,7 г). Транквилизаторы с выраженным снотворным эффектом (феназепам) практически не использовались, т.к. при приеме малых доз препарата (0,5 мг) отмечалось ухудшение самочувствия, наблюдались нежелательные побочные явления в виде мышечной слабости, головокружения, нарушения координации, выраженной сонливости

В тех случаях, когда на первый план выступали эмоциональные переживания (страх, тревога, гнев, печаль), назначались транквилизаторы. Препаратом выбора при оказании помощи пострадавшим в первые часы после чрезвычайной ситуации являлся диазепам. Применение диазепама на первом этапе оказания психолого-психиатрической помощи было обусловлено быстротой наступления желаемого терапевтического эффекта, а также возможностью приема его *sub lingualis*. Следует особо подчеркнуть, что на этапе острой реакции на стресс антидепрессанты не применяются [2]. При проявлении незначительных вегетативных расстройств назначались препараты растительного происхождения. Медико-психологическая помощь включала также применение различных общемедицинских средств для коррекции соматического состояния организма (кардиотоников, гипотензивных, антиаритмических, антигистаминных препаратов).

Следует отметить, что лица с незначительными физическими травмами отказывались от госпитализации. Вероятно, это было обусловлено тем, что, с одной стороны, женщины недостаточно критично оценивали свое психическое состояние и отрицали наличие у себя каких-либо психических нарушений. С другой полагали, что только дома они смогут чувствовать себя в безопасности.

При выборе дальнейшей тактики ведения женщин в первую очередь учитывались: характер и степень выраженности имеющихся психопатологических расстройств; общее состояние организма пострадавших; объем помощи, который был оказан пострадавшим в первые и последующие часы после чрезвычайной ситуации [4]; биологический период, в котором находилась женщина; состояние эндокринной системы пострадавших женщин.

Следует помнить, что у женщин, пострадавших в результате ЧС, наблюдается повышение уровня тиреоидной активации. Эндокринная патология может «утяжелять» клиническую картину основного расстройства или «симулировать» ее, что иногда приводит к переоценке тяжести имеющихся расстройств и, следовательно, назначению неадекватной схемы лечения (выбор препарата, его дозы).

Исследование показало, что на отдаленном этапе психотравмы увеличивалась вероятность появления у обследуемых женщин психосоматических расстройств, в связи с чем, именно в этот период для пострадавших открывалось психосоматическое отделение.

При назначении лекарственных препаратов собирался подробный гинекологический анамнез; учитывался биологический период, в котором находилась женщина (беременность, очередная/внеочередная менструация, предклимактерический, климактерический, инволюционный периоды). Как известно, в климактерически-инволюционном периоде у женщин может наблюдаться неблагоприятное течение психогенных депрессивных расстройств [3]. Поэтому, оправданным считалось более раннее назначение антидепрессантов пострадавшим.

Важное значение при выборе лекарственного препарата имели анамнестические сведения о наличии сопутствующей патологии (черепно-мозговые травмы, хроническое соматическое заболевание и т.д.) и предыдущем опыте применения психотропных препаратов (если он имел место), их переносимости и эффективности.

При начале терапии мы придерживались принципа необходимости выделения «целевых» симптомов [1], возможно связанных с определенными нейробиологическими механизмами, что подразумевает их различную фармакотерапию. Так, некоторые зарубежные авторы считают, что серотонин непосредственно или опосредованно связан с возникновением следующих симптомов ПТСР: блокировкой эмоциональных реакций, повторным переживанием травматического события, гипервозбуждением (критерии В, С, D по DSM-IV) [5]. В связи с этим, на сегодняшний день препаратами первого ряда в лечении посттравматического стрессового расстройства считаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [8, 9, 11]. Кроме того, они эффективны в отношении коморбидных расстройств которые чаще возникающих у женщин: депрессия, паническое и обсессивно-компульсивное расстройства; купируют суицидальные и навязчивые мысли, гнев, импульсивность [7]. Из группы СИОЗС предпочтение отдавалось сертралину (золофт) 50мг, пароксетину (паксил) 20 мг, флуоксетину (прозак) – 20 мг.

При появлении симптомов адренергической гиперактивности, которая связана с высоким уровнем возбуждения, тревоги, повторным переживанием травматических событий, агрессией, а также диссоциацией [5], предпочтение отдавалось трициклическим антидепрессантам (ТЦА). Из них чаще в схему лечения входил amitriptyline 10 мг. При преобладании в клинической картине депрессии тоски, апатии, заторможенности применялся имипрамин 25 мг.

Применение бензодиазепинов (альпразолам 1 мг, клоназепам 2 мг) было оправдано для подавления беспокойства, раздражительности, бессонницы. Вместе с тем, они не были эффективны в отношении симптомов вторжения и избегания. При назначении бензодиазепинов учитывалась вероятность развития абстинентного синдрома при отмене препарата.

При резистентности некоторых пострадавших женщин к лечению вышеуказанными препаратами, для купирования симптомов повышенной возбудимости (критерий D по DSM-IV) применялись «малые» нейрорептики с седативным компонентом в невысоких дозах: соннапакс – 10 мг, хлорпротиксен – 15 мг, которые были эффективны и в отношении симптомов вторжения.

В схему лечения пострадавших женщин иногда включались антиконвульсанты (карбамазепин 0,2 г). Этот препарат применялся, когда в клинической картине преобладали импульсивность, возбудимость. Следует подчеркнуть, что зарубежными исследователями отмечено в то же время снижение выраженности симптомов вторжения в результате применения карбамазепина [5].

При преобладании астенических проявлений применялись ноотропы (ноотропил 0,4 г., фенибут 0,25 г., пиридигол 0,1 г.).

Психотерапия проводилась с учетом выраженности тенденций избегания и вторжения у пострадавших женщин. Она была направлена на мобилизацию ресурсов, проработку и отреагирование психотравмирующего материала, десензитизацию к нему и его интеграцию личностью.

В работе с пострадавшими применялся психотерапевтический метод десенсибилизации и переработки травмы движениями глаз (ДПДГ) – F. Shapiro (1995). Данные литературы подтверждают эффективность этого метода у женщин с посттравматическим стрессовым расстройством [12].

Техники когнитивной психотерапии использовались для купирования тревожного напряжения и страха, а также приспособления женщин к жизни и деятельности, однако они не всегда были эффективны.

При эмоциональном и мышечном напряжении использовалась методика нервно-мышечной релаксации (Э. Джекобсон, 1929).

Хороший результат удавалось получить с помощью наведения и использования гипнотического транса (эриксоновский гипноз). После сеанса снижались значимость стрессовых переживаний, тревога, астено-депрессивные, психовегетативные и инсомнические расстройства.

Заключение. Таким образом, медико-психологическая помощь женщинам на различных этапах чрезвычайной ситуации имеет свои особенности, знание

которых может способствовать назначению пострадавшим адекватной и эффективной терапии, а также профилактике у них психических расстройств.

Литература

1. Аведисова А.С. Психотерапия психогений в результате действия экстремальных факторов // Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 2004. - Т.2. - С. 303-315
2. Александровский Ю.А., Кулагин С.М., Румянцева Г.М., Чуркин А.А. // Организация профилактической и лечебной помощи больным с пограничными состояниями. В кн. Пограничные психические расстройства. М.: «Зевс». – 1997. – С.464-517.
3. Иммерман К.Л. // Атипичные формы затяжных реактивных состояний. В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Вып.19. – М. – 1970. – С. 125-138.
4. Кекелидзе З.И. Принципы оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях // Психиатрия и психотерапия. – 2001. – Т. 3.-№4. – С. 123-125.
5. Фoa Э.Б., Кин Т.М.,Фридман М.Д. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства // Пер. с англ. Н.В. Тарабриной. М.: Когито-центр, 2005. – С. 30-32.
6. Цыганков Б.Д., Тюнева А.И., Былим А.И. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция. М.: Медицина, 2006.-174 с.
7. Brady K.T., Sonne S.C., Roberts J.M.// J. Clin. Psych.- 1995.- 56.- P. 502-505.
8. Davidson J.R., Landburg P.D., Pearlstein T., Weisler R., Sikes C., Farfel G.M. // Abstracts of the American College of Neuropsychopharmacology 36th Annual Meeting. San Juan, Puerto Rico. 1997, Dec.
9. Marmar C.R., Schoenfeld F., Weiss D.S., Meltzer T., Zatzick D., Wu R., Smiga S., Tecott L., Neylan T.// J. Clin. Psych. - 1996.- 57 (Suppl. 8).- P. 66-72.
10. Nolen-Hoeksema S. // Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. – Psychol. Bull. – 1990. – Vol. 101. – P. 259-282.
11. Marshall R.D., Schneier F.R., Fallon B.A., Knight C.G., Abbate L.A., Goetz D., Campeas R., Liebowitz M.R.// J. Clin. Psych.- 1998.- 18.- P. 10-18.
12. Rothbaum B.O.// Bulletin of the Menninger Clinic.- 1997.- 61.- P. 317-334.
13. Smith E., North C. // Posttraumatic stress Disorder in natural disaster and technological accident. – International Handbook of Traumatic stress Syndroms. – 1993. – P. 405-420.
14. Spigel D. & Cardena E. // Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology, and Treatment. – Washington: Am. Psychiat. Press. – 1990. – P. 23-34.

Abstract.

I.A. Bedina, S.V. Shport

CONTEMPORARY ASPECTS MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SERVICES TO WOMEN, WHO WERE VICTIMS OF EMERGENCY EVENTS

Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry,
Department of emergency psychiatry and care in extreme situations

The paper sets out the principles and features delivery of medical and psychological services to women who were victims of different emergency events. A differentiated approach to the

treatment of psychiatric disorders in women is suggested based on their temporary dynamics (acute reaction to stress and posttraumatic stress disorders). A therapeutic treatment approach is outlined using uniform regimens of combined psycho- and pharmacotherapy.

Key words: Emergency events, treatment, posttraumatic stress disorders, acute reaction to stress.

References:

1. Avedisova A.S. Psychopharmacotherapy of psychogeny disorders induced by emergency events // Emergency psychiatry. Textbook. – T.B. Dmitrieva (editor). – Moscow, 2004. – Vol.2.- P.303-315.
2. Alexandrovsky Ju.A., Kulagin S.M., Rumiantseva G.M., Churkin A.A. Organizing Assistance, Diagnosis and Therapy of Borderline Disorders. – Borderline Neuro-mental Disorders. – Moscow: «Zevs». – 1997. – P.464-517.
3. Immerman K.L. Atypical forms of prolonged psychogenic disorders. – Problems of legal psychiatry. – 1970. – Vol.19. – P.125-138.
4. Kekelidze Z.I. Foundations of psychologic and psychiatric assistance under emergency events // Psychiatry and Psychopharmacot.. – 2001. – Vol. 3, №4. – P.123-125.
5. E.B.Foa & T.M.Keane & M.J.Friedman (Eds.), Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. – New York: Guilford, 2000. – P.30-32.
6. Tsygankov B.D., Tyuneva A.I., Bylim A.I. Mental disorders at violence-victim patients. – Moscow, 2006. – 174 p.
7. Brady K.T., Sonne S.C., Roberts J.M. // J. Clin. Psych.- 1995.- 56.- P. 502-505.
8. Davidson J.R., Landburg P.D., Pearlstein T., Weisler R., Sikes C., Farfel G.M. // Abstracts of the American College of Neuropsychopharmacology 36th Annual Meeting. San Juan, Puerto Rico. 1997, Dec.
9. Marmar C.R., Schoenfeld F., Weiss D.S., Meltzer T., Zatzick D., Wu R., Smiga S., Tecott L., Neylan T. // J. Clin. Psych. - 1996.- 57 (Suppl. 8).- P. 66-72.
10. Nolen-Hoeksema S. // Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. – Psychol. Bull. – 1990. – Vol. 101. – P. 259-282.
11. Marshall R.D., Schneier F.R., Fallon B.A., Knight C.G., Abbate L.A., Goetz D., Campeas R., Liebowitz M.R. // J. Clin. Psych.- 1998.- 18.- P. 10-18.
12. Rothbaum B.O. // Bulletin of the Menninger Clinic.- 1997.- 61.- P. 317-334.
13. Smith E., North C. // Posttraumatic stress Disorder in natural disaster and technological accident. – International Handbook of Traumatic stress Syndroms. – 1993. – P. 405-420.
14. Spiegel D. & Cardena E. // Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology, and Treatment. – Washington: Am. Psychiat. Press. – 1990. – P. 23-34.

Сведения об авторах. Бедина Инесса Александровна, к.м.н., старший научный сотрудник Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского». Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон (495) 637-43-77, 637-70-70. Email: ibedina@mail.ru

Шпорт Светлана Вячеславовна, к.м.н., ученый секретарь ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского». Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон (495) 637-43-33. Email: svshport@mail.ru

А.Р. Бежкинева, О.Ю.Ширяев, Д.Л. Шаповалов,

Д.В.Попов, И.А. Петров

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава,

Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер

Резюме. В статье рассматриваются особенности клиники и терапии психических расстройств в отдаленном периоде черепно- мозговой травмы в выборке пациентов амбулаторной психиатрической службы. Установлено, что более чем у половины данных пациентов отмечаются тревожно- депрессивные состояния. Однако, проводимая фармакотерапия не соответствует синдромальной структуре психических расстройств, что приводит к ее низкой эффективности.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, тревожно-депрессивные состояния, фармакотерапия.

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенным видам травматической патологии. Частота ЧМТ составляет от 4 до 7,2 случаев на 1.000 населения в разных регионах России. В частности, в г. Москве число пострадавших от ЧМТ составляет 60- 70 тыс. человек в год, для лечения которых требуется около 650 тыс. койко- дней. Наиболее часто от ЧМТ страдают лица в возрасте от 25 до 40 лет, то есть наиболее социально- активная и работоспособная часть населения, что имеет как социальное, так и экономическое значение. По данным МЗ РФ, в 2003 г. на каждых 200 работающих приходился 1 случай выдачи больничного листа в связи с ЧМТ в среднем на 9,6 дня [Чикина Е.С., Левин В.В, 2005].

50% больных, перенесших ЧМТ, в той или иной степени утрачивают трудоспособность; при тяжелых ЧМТ эта цифра достигает 90%. Одной из ведущих причин стойкой нетрудоспособности больных с отдаленными последствиями ЧМТ являются психические расстройства, которые после тяжелой ЧМТ присутствуют у 100% больных [Никифоров А.С. и соавт., 2002].

История изучения психических расстройств в отдаленном периоде ЧМТ насчитывает более 100 лет, но до настоящего момента многие стороны этой проблемы остаются недостаточно разработанными. В том числе, существующие рекомендации по фармакотерапии психических расстройств у пациентов с отдаленными последствиями ЧМТ основаны на работах 60х- 80х годов XX века и не учитывают возможностей применения психотропных средств II генерации. Остаются недостаточно изученными клинико- динамические особенности отдельных синдромальных вариантов психических расстройств у пациентов с отдаленными последствиями ЧМТ.

Учитывая вышеизложенное, целью настоящей работы было описание особенностей клиники и фармакотерапии психических расстройств у пациентов с отдаленными последствиями ЧМТ, наблюдающихся в амбулаторной психиатрической службе.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 202 больных с различными психическими расстройствами, составляющих группу диспансерного учета одного врачебного участка Государственного учреждения здравоохранения «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер». Среди них было выявлено 16 пациентов с психическими расстройствами в связи с травматической болезнью головного мозга, что составило 7,9% и свидетельствует о значительной распространенности психических расстройств, обусловленных ЧМТ. Ведущими методами были клиничко-психопатологическое исследование и клиничко-фармакологический анализ медицинской документации. Для каждого больного определялись демографические характеристики (пол и возраст), время, прошедшее с момента ЧМТ, количество перенесенных ЧМТ, качественные характеристики медицинской помощи в остром периоде ЧМТ, наличие факторов риска, способных усугубить проявления психических расстройств (артериальная гипертензия, алкоголизация), ведущий синдром, количество одновременно применяемых психотропных средств, их принадлежность к основным клиничко-фармакологическим группам (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики), наличие в составе проводимой терапии этиотропных и патогенетических средств (ноотропы, препараты для дегидратационной терапии).

Полученные результаты и их обсуждение. Возраст обследованных нами пациентов с психическими расстройствами в отдаленном периоде ЧМТ составлял от 20 до 77 лет. Из них в возрасте 20-44 года было 11 чел (68,75%), 45–65 лет- 4 чел (25%), старше 65 лет – 1 человек (6,25%). Таким образом, психические расстройства в связи с травматической болезнью головного мозга наиболее часто отмечались у больных молодого и среднего возраста, что соответствует литературным данным.

Среди обследованных нами пациентов было 12 мужчин (75%) и 4 женщины (25%). Такую диспропорцию можно объяснить большей подверженностью мужчин к действию факторов риска ЧМТ (военные действия, опасные виды труда, управление автотранспортными средствами, криминальная деятельность, алкоголизация).

Время с момента ЧМТ до момента осмотра у всех обследованных нами пациентов было не менее 5 лет, из них оно составляло от 5 до 10 лет- у 5 человек (31,25%) и более 10 лет- у 11 человек (68,75%). Таким образом, большинство больных находилось в отдаленном периоде травматической болезни головного

мозга. Единственная ЧМТ в анамнезе отмечалась у 12 человек (75%), повторные ЧМТ – у 4 человек (25%).

При анализе анамнестических сведений нами было установлено, что большинство обследованных (11 человек – 68,75%) не получали медицинской помощи в течение первого месяца с момента ЧМТ. Лишь 5 человек (31,25%) были госпитализированы, причем во всех случаях это были госпитализации в нейрохирургические отделения для оперативных вмешательств. Таким образом, недостаточность медицинской помощи в остром периоде ЧМТ является важным фактором риска развития психических расстройств на отдаленных этапах течения травматической болезни головного мозга.

Другими важными факторами развития психических расстройств у больных, перенесших ЧМТ, являются алкоголизация и сосудистые заболевания головного мозга. Среди обследованных нами пациентов регулярно употребляли алкоголь 6 человек (37,5%), страдали гипертонической болезнью- 7 чел (56,25%)

На рисунке 1 представлено распределение обследованных нами больных по синдромальным вариантам психических расстройств.

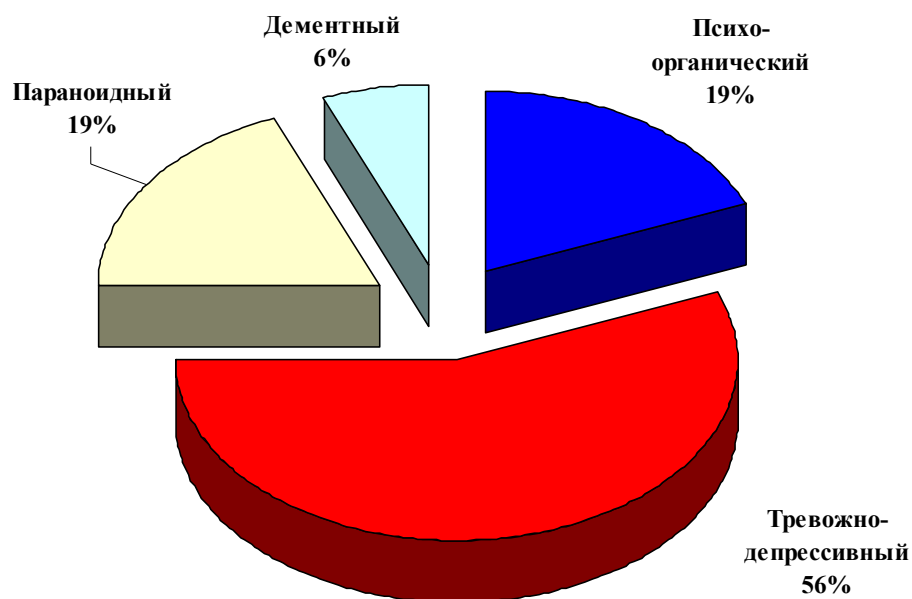


Рис. 1. Распределение обследованных больных с отдаленными последствиями ЧМТ по синдромальным вариантам психических расстройств.

Из представленных данных видно, что более чем у половины (56%) обследованных нами пациентов ведущим синдромом был тревожно-депрессивный.

Клинические проявления тревожно-депрессивных состояний у обследованных нами пациентов можно было разделить на 2 варианта- астено-

тревожно- депрессивный (6 человек- 37,5%) и тревожно- депрессивно-ипохондрический (3 человека- 18,75%).

Больные с астено- тревожно- депрессивным синдромом предъявляли жалобы на общую слабость, утомляемость при умственных и физических нагрузках, раздражительность, непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов, затрудненное засыпание, поверхностный сон с частыми ночными пробуждениями, головные боли по типу «каска невротика», потерю интереса к окружающему, в том числе и к ранее приятным занятиям. В ходе беседы они легко утомлялись, становились малословными, с трудом меняли тему беседы, застревая на малосущественных подробностях, легко аффектировались в ответ даже на незначительную фрустрацию, путались в датах недавних событий. Собственно тревожно- депрессивная симптоматика была представлена ангедонией, пессимистической оценкой своего состояния и перспектив его улучшения, повышенным беспокойством в связи с реальными жизненными обстоятельствами.

Больные с тревожно- депрессивно- ипохондрическим синдромом наиболее интенсивно предъявляли жалобы на головные боли и разнообразные неприятные ощущения (пульсации, жжения, биения, сдавливания, «прострела») в области головы и позвоночника; при активном расспросе у них также выявлялись астенические жалобы и признаки ангедонии, аналогичные присутствовавшим у больных с астено- тревожно- депрессивным синдромом. В беседе данные пациенты производили впечатление стеничных, напористых, поглощенных борьбой за статус больного и сопутствующие ему блага (плановые госпитализации, обеспечение лекарствами по ДЛО). Круг интересов был ограничен бытовыми нуждами и заботой о здоровье; неизменно предъявлялись претензии на особое отношение к себе, мотивируемые возможностью ухудшения самочувствия на фоне стресса. Аффективные вспышки возникали преимущественно на отказ в предъявляемых требованиях либо высказанное врачом сомнение в тяжести состояния. Наряду с данными симптомами, в статусе также присутствовали ригидность и обстоятельность мышления, снижение памяти на текущие события, пессимистическая оценка своего состояния и перспектив его улучшения, повышенная тревожность в связи с реальными жизненными неурядицами и с состоянием своего здоровья.

Тревожно- депрессивные состояния у обследованных нами пациентов имели тенденцию к хроническому течению- возникая в отдаленный период ЧМТ (5 и более лет с момента ее начала), они в дальнейшем длились годами, без тенденции к спонтанной ремиссии.

Естественно было бы ожидать, что в лечении этих больных одно из основных мест будут занимать антидепрессанты и транквилизаторы. Имевшаяся в действительности структура фармакотерапии представлена на рисунке 2.

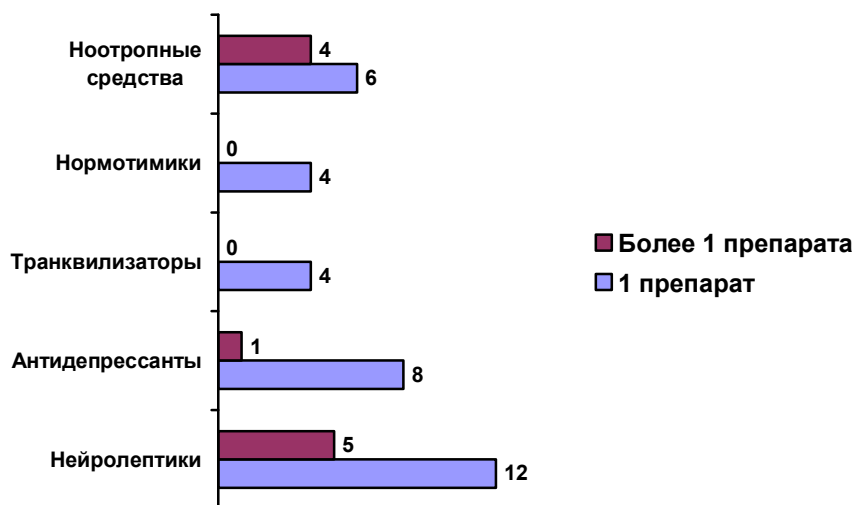


Рисунок 2. Количество больных, получавших препараты различных клинико- фармакологических групп

Из приведенных на Рисунке 2 данных видно, что обследованным больным наиболее часто назначались нейролептики, что говорит о несоответствии структуры фармакотерапии и синдромальной структуры психических расстройств. Этиотропную терапию (ноотропные средства) получали менее половины обследованных больных. Структуру фармакотерапии в целом можно охарактеризовать как нерациональную полипрагмазию: 10 из 16 больных (62,5%) получали более 5 препаратов, при этом, например, 5 пациентов получали одновременно более 1 нейролептика, 4 пациента- более 1 ноотропного средства, что является общепризнанными нерациональными комбинациями лекарственных средств. Психотропные средства второй генерации, а именно, небензодиазепиновые анксиолитики (атакакс, афобазол) получало лишь 2 пациента (12,5%), а современные антидепрессанты не были назначены ни в одном случае.

Проводимая фармакотерапия была не только нерациональной, но и малоэффективной. Так, у всех обследованных пациентов с тревожно-депрессивными состояниями в записях амбулаторной карты в течение последнего года констатировались однотипные жалобы, без тенденции к послаблению симптоматики. 4 из 9 больных с тревожно- депрессивными состояниями в отдаленном периоде черепно- мозговой травмы в течение последнего года были в плановом порядке госпитализированы в дневной стационар, после чего отмечалось незначительное улучшение- уменьшение утомляемости и общей слабости, улучшение переносимости нагрузок, снижение выраженности головных

болеи, некоторым уменьшением раздражительности. Выраженность собственно тревожно- депрессивных расстройств (насколько можно судить по данным самоотчета пациентов и дневниковым записям при выписке) оставалась практически неизменной.

Учитывая вышеизложенное, можно предположить, что нерациональная полипрагмазия является как следствием, так и (хотя бы в части случаев)- одной из причин хронического течения психических расстройств у обследованных больных и низкой эффективности проводимого лечения.

Выводы. Таким образом, по результатам исследования могут быть сделаны следующие выводы.

Более половины больных с психическими расстройствами в связи с отдаленными последствиями ЧМТ, наблюдающихся в психиатрической службе, составляют пациенты с тревожно- депрессивными состояниями.

Проводимая данным больным фармакотерапия на современном этапе может быть охарактеризована как нерациональная и малоэффективная.

Разработка средств и способов повышения эффективности лечения тревожно- депрессивных расстройств у больных, перенесших черепно- мозговую травму, является актуальной задачей медицинской науки.

Литература

1. Никифоров А.С. Клиническая неврология / А.С.Никифоров, А.Н.Коновалов, Е.И.Гусев // М.: Медицина, 2002- 792 с.
2. Чикина Е.С. Черепно- мозговые травмы: применение современных препаратов в острый период и при лечении посттравматической энцефалопатии / Е.С.Чикина, В.В.Левин // Врач- 2005- № 11- С. 24- 30.

Abstract.

A.R. Bezhkineva, O.Yu. Shiryayev, D.L. Shapovalov, D.V.Popov, I.A. Petrov

CLINICAL AND THERAPEUTICAL FEATURES OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

N.N. Burdenko Voronezh state medical academy, Voronezh regional psychoneurologic dispensary

Some clinical and therapeutical features of mental disorders observed in patients with traumatic brain injury are discussed. Authors suggest that most of patients with traumatic brain injury have depressive and anxious symptoms. Current pharmacotherapies of these patients doesn't fit with psychopathological features; they are also mostly ineffective.

Keywords: traumatic brain injury, anxiety, depression, pharmacotherapy

References.

- Nikiforov A.S., Konovalov A.N., Gusev E.I. Clinical Neurology. M.: Medicina, 2002. – 792 p.
Chikina E.S., Levin V.V. Modern drugs in traumatic brain injury. Vrach- 2005- No.11- P.24-30.

С.Г. Бугрова

**ДИАГНОСТИКА ПРЕДДЕМЕНТНЫХ СОСУДИСТЫХ
КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

МУЗ «Городская поликлиника №5», г. Иваново

Резюме. Исследовались пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I стадии (144 чел от 45 до 60 лет), II стадии (286 чел от 50 до 85 лет). Контрольную группу составили лица, не страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями от 45 до 75 лет (76 человек). В результате проведенного нейропсихологического исследования при ДЭ II стадии выявлены нарушения в работе всех трех блоков мозга по концепции А.Р. Лурия, «синдром умеренных когнитивных нарушений» с множественной когнитивной недостаточностью.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, дисциркуляторная энцефалопатия, нейропсихологическое исследование

Актуальность. Эпидемиологическая ситуация по цереброваскулярной патологии в нашей стране характеризуется выраженной распространенностью и прогнозируемым увеличением частоты заболеваний, что связано с «постарением» населения, прогрессирующим ростом экстремальных воздействий в обществе и недостаточной реализацией программ профилактики артериальной гипертензии и атеросклероза. Когнитивные расстройства (КР) являются неотъемлемой частью клинической картины дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), под которой понимается хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии, характеризующаяся развитием многоочагового или диффузного ишемического поражения головного мозга и проявляющаяся комплексом неврологических и нейропсихологических нарушений [5]. Выраженные КР, которые приводят к утрате профессиональной, социальной или бытовой компетентности при отсутствии нарушений сознания, определяются как деменции. Большое клиническое значение имеют преддементные КР в связи с их большей подверженностью терапевтической коррекции. В МКБ-Х как самостоятельная диагностическая позиция выделяется легкое когнитивное расстройство (F06.7), критериями которого являются снижение памяти, внимания или обучаемости, выходящие за рамки возрастной нормы; повышенная утомляемость при выполнении умственной работы; отсутствие деменции или нарушения сознания; в основе указанных расстройств лежит органическое заболевание мозга. В неврологической практике чаще используется термин «синдром умеренных когнитивных нарушений» (УКН), предложенный Petersen R.C. [9]. Отечественными неврологами предложено выделять синдром легких когнитивных нарушений (ЛКН), критерии которого разработаны недостаточно [1]. Рекомендуются к использованию следующие: жалобы на снижение памяти или умственной работоспособности, высказанные самостоятельно или при активном

расспросе врача; легкие когнитивные нарушения преимущественно нейродинамического характера, выявленные при нейропсихологическом исследовании; отсутствие когнитивных нарушений по результатам скрининговых шкал деменции; вторая стадия по общей шкале нарушений (GDS); отсутствие нарушений повседневной активности, в том числе и наиболее сложных ее форм; отсутствие синдрома умеренных когнитивных нарушений.

Основным методом диагностики когнитивных нарушений является психологический. Основы отечественной школы нейропсихологии были разработаны А.Р. Лурия, которым создана также концепция о 3 функциональных блоках работы мозга [2]. Роциной И.Ф. предложена шкала количественной оценки степени выраженности нарушений различных составляющих психической деятельности[4]. За рубежом популярной является краткая шкала оценки психического статуса (англ. Mini Mental State Examination, MMSE) [6]. Широкое распространение получил тест рисования часов[7], тест «5слов». Для диагностики когнитивных нарушений «лобного» характера используется батарея лобной дисфункции[8].

Цель работы – изучить характеристику когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии I-II стадии, оценить возможности диагностики на амбулаторном этапе медицинской помощи.

Материал и методы исследования. Исследовались пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией (I группу составили 144 пациента с ДЭ I стадии от 45 до 60 лет, II группу – 286 пациентов с ДЭ II стадии от 50 до 85 лет). Контрольную группу составили лица, не страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом, от 45 до 75 лет (76 человек). Когнитивные функции исследовались с помощью методик: шкала MMSE, лобная батарея тестов, тест рисования часов, тест «5слов», шкала количественной оценки нарушений психических функций И.Ф.Роциной. Дополнительно оценивалась зрительная память (тесты на воспроизведение и узнавание геометрических фигур), слухоречевая память (тест запоминания 10 слов), оптико-пространственные функции (определение реальных объектов, перечеркнутых и незавершенных изображений), интеллектуальные функции (методики аналогии, выделение существенных признаков и лишнего, определение смысла пословиц), функции речи (повторение скороговорок, сложных артикуляционных фраз, понимание логико-грамматических конструкций и сравнительных отношений) и др.[3].

Полученные результаты и их обсуждение. При нейропсихологическом исследовании у больных с ДЭ I-II стадии было выявлено достоверное снижение объема кратковременной памяти по сравнению с контрольной группой. Количество слов, запоминаемых при первом предъявлении, уменьшалось в

пределах одной стадии заболевания по мере увеличения возраста, а также утяжеления стадии ДЭ. Лицам контрольной группы для запоминания 10 слов потребовалось в среднем 2 предъявления с сохранением тенденции к повышению или удержанию показателя на высоком уровне. У больных с ДЭ количество предъявлений, необходимых для запоминания 10 слов, возрастало в 1,78 раза при I стадии заболевания, в 2,44 раза при II стадии ($p < 0,05$). Максимум запоминания приходился на 8-9 предъявления, после чего мог наблюдаться незначительный спад показателей, он расценивался как признак начинающегося утомления. У больных имело место увеличение количества ошибок, так называемых «лишних» слов, созвучных предъявляемым. Если в контрольной группе исследуемые пытались создать логические группы слов, обобщить их по какому-либо признаку, то больные ДЭ пытались запомнить слова по звучанию, чаще воспроизводя первые и последние три слова. При исследовании зрительной памяти и зрительного гнозиса у больных с ДЭ I стадии отмечалось некоторое снижение объема воспроизведения, однако при предъявлении набора геометрических фигур пациенты легко их находили. У больных дисциркуляторной энцефалопатией II стадии выявлено достоверное снижение показателей тестов на узнавание незавершенных предметов, воспроизведение и узнавание фигур. У части больных старше 61 года отмечались затруднения узнавания перечеркнутых и наложенных изображений. При ДЭ II стадии у больных диагностированы предметные когнитивные нарушения по шкале MMSE (таблица 1).

Таблица 1.

***Сравнительная характеристика результатов
нейропсихологического тестирования***

Тесты	Контр. группа	ДЭ I	ДЭ II
Шкала MMSE	29,9+0,5	29,8+ 0,5	27,6+ 0,2*#
Лобная батарея тестов	17,8+0,5	17,1+0,3*	15,01+0,8*#
Шкала И.Ф.Рощиной	0,5+0,5	0,85+0,85	12,45+1,14*#

Примечание: * – различие между контрольной группой и больными ДЭ ($p < 0,05$), # – различие между больными ДЭ различных стадий ($p < 0,05$).

Тест на копирование рисунка выполняли правильно лишь 10 %. У больных возникали затруднения при повторении сложной фразы. Более чем у 60% больных серийный отсчет оказался нарушен. Результаты батареи лобных тестов показывали наличие у больных II группы лобной дисфункции. Отмечено достоверное снижение показателей в тестах простой и усложненной реакций выбора, на динамический праксис, беглость речи. При попытке назвать с

закрытыми глазами слова на букву «с», наблюдалось нарушение произвольного воспроизведения мнестического материала. При выполнении трехэтапной двигательной программы у 15 % возникали трудности. Нарушение оптико-пространственных функций подтверждали результаты теста рисования часов. У больных отмечалась общая утомляемость, рассеянность, отвлекаемость, увеличивалось количество времени, необходимое для выполнения тестов.

В ходе исследования было выявлено, что результаты обследования по шкале MMSE и лобной батареи тестов неидентичны. В группе больных с нормальными показателями краткой шкалы оценки психического статуса у трети имелась лобная симптоматика. В 20% случаев, когда были диагностированы предметные когнитивные нарушения по шкале MMSE, по тестам лобной батареи им был установлен диагноз деменции. К сожалению, предложенные батареи тестов предназначены в большей степени для количественной оценки дефекта (на выявление самого факта нарушения процесса и степени его выраженности), но не определяют качественной специфики нарушения. Так, в тесте на концентрацию внимания шкалы MMSE были выявлены следующие нарушения: часть пациентов, начиная с правильных ответов, затем переходила на стереотипные ошибочные, что свидетельствовало о нарушении произвольной регуляции интеллектуальной деятельности и характерно для поражения лобных долей головного мозга[2]. Во второй группе больные в связи с нарушением внимания по модально-неспецифическому типу были рассеянными, делали ошибки, но при указании на них старались исправить. Эти симптомы характерны для поражения срединных неспецифических структур мозга [2]. Тем не менее, в общем отношении оценка теста в обеих группах оказалась сходной. При исследовании динамического праксиса в тесте «ребро-ладонь-кулак» (лобная батарея тестов) снижение показателя могло быть обусловлено пространственной апраксией в связи с поражением теменно-затылочных отделов коры, а также кинетической апраксией в связи с поражением нижних отделов премоторной области коры больших полушарий[2]. Снижение показателей простой и усложненной реакции выбора у части больных было обусловлено нарушением произвольной регуляции двигательных функций, у второй группы – модально-неспецифическими нарушениями внимания, у третьей группы – нарушениями слуха. Кроме того, предложенные тесты не всегда отражают фактическое состояние функции. Так, при копировании рисунка в тесте шкалы MMSE часть больных не допускала ошибок, однако при дополнительном исследовании удавалось выявить элементы предметной агнозии (проба Поппельрейтера) или признаки оптико-пространственной агнозии (тест рисования часов). Следует отметить, что скрининговые шкалы исследуют не все когнитивные функции. Так в них не

содержится проб на выявление гностических кожно-кинестетических нарушений. Проведенное исследование показало, что у значительной части больных с дисциркуляторной энцефалопатии выявились элементы тактильной алексии. Показатель пробы Ферстера (определение цифр и букв, начертанных на ладони больного) оказался достоверно ниже у больных с ДЭ по сравнению с контрольной группой.

Таблица 2

Характеристика когнитивных нарушений при ДЭ II стадии(%)

Возраст	Отсутствие нарушений	ЛКН	УКН	Легкая деменция
До 60 лет	36,3	20,5	43,2	--
61-70 лет	6,7	25,1	58,9	9,3
Старше 71	--	16,1	53,6	30,6

У больных ДЭ были выявлены трудности в произношении сложных в артикуляционном отношении слов. Отмечались нарушения понимания логико-грамматических конструкций и сравнительных отношений. В возрасте старше 81 года часть больных испытывали трудности при назывании предметов (латенция при назывании, амнестические западения, требующие подсказки). Нарушения структуры интеллектуальной деятельности проявлялись при понимании текста, имеющего несколько значений, в результате нарушения «торможения» побочной альтернативы. Нарушение избирательности логических операций побочными связями отчетливо проявилось в тестах на классификацию предметов (4-й лишний, выделение существенного). У больных нарушалась стратегия решения задачи, заменялась случайными манипуляциями со словами. Отмечалось замедление, снижение продуктивности интеллектуальной деятельности.

В соответствии с критериями, предложенными для ЛКН и УКН, в группе больных с ДЭ II стадии были выделены подгруппы с различным уровнем когнитивных расстройств (таблица 2). Умеренные когнитивные нарушения выявлены практически у половины больных с ДЭ II.

Таким образом, у больных ДЭ I стадии отмечаются нейродинамические нарушения высших психических функций в виде снижения скорости, продуктивности, неравномерной эффективности выполнения заданий. Модально-неспецифические мнестические нарушения с первичными расстройствами кратковременной памяти (снижение объема запоминания, компенсирующееся при семантической организации материала) в сочетании нарушением цикла "сон-бодрствование", утомляемостью и эмоциональной неустойчивостью на фоне сохранности личностных реакций свидетельствуют о поражении срединных

неспецифических структур мозга на уровне нижних отделов ствола мозга (I функционального блока мозга по А.Р.Лурия).

У больных ДЭ II стадии отмечается ухудшение слухоречевой и зрительной памяти, однако семантическая подсказка дает отчетливый положительный эффект. Отчетливый компенсаторный эффект при усилении мотивации или семантической организации материала свидетельствует о сохранности у этих больных общей структуры психических функций. К нарушениям памяти примыкают модально-неспецифические нарушения внимания. У больных ДЭ II стадии выявляются оптико-пространственные расстройства, обусловленные нарушениями модально-специфических зрительного и зрительно-пространственного факторов, которые свидетельствуют о недостаточности функциональных систем теменно-затылочной области коры. Исследование функции речи выявило снижение понимания логико-грамматических конструкций, что может расцениваться как проявление так называемой семантической афазии по А.Р.Лурия. У данной группы больных страдают симультанный анализ и синтез, или возможность оценки пространственных и “квазипространственных” отношений. Это говорит о заинтересованности зоны ТРО (височно-теменно-затылочные отделы коры больших полушарий).

При проведении пробы Ферстера у больных выявлены элементы тактильной алексии. У больных ДЭ II стадии выявлены значительные трудности в произношении сложных в артикуляционном отношении слов. Это является проявлением кинестетической моторной афазии (по А.Р.Лурия). Это своего рода речевая апраксия, или апраксия речевого артикуляционного аппарата. Данные формы модально-специфических гностических и речевых нарушений в большей степени связаны с поражением нижнетеменных отделов левого полушария. Модально-специфические расстройства свидетельствуют о поражении II функционального блока мозга.

Проведенное исследование выявило у больных ДЭ II стадии нарушение структуры интеллектуальной деятельности при выполнении вербально-логических задач, нарушения произвольной регуляции психической деятельности. Данные расстройства характерны для поражения передних отделов коры больших полушарий головного мозга (III функциональный блок мозга). Нарушения регуляторных составляющих психической деятельности подтверждаются результатами исследования по шкале Рощиной И.Ф. Таким образом, при ДЭ II стадии выявляются нарушения в работе всех трех блоков мозга по концепции А.Р.Лурия.

По результатам Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) при ДЭ II стадии у больных диагностированы предметные когнитивные нарушения

(суммарный балл 24,58-27,58). По итогам тестов лобной батареи при ДЭП стадии были диагностированы легкие когнитивные расстройства лобного типа. Учитывая критерии МКБ X, эти нарушения были трактованы как легкое когнитивное расстройство или «синдром умеренных когнитивных нарушений» по Petersen R. Выявленные расстройства всех высших психических функций: памяти, внимания, речи, праксиса, оптико-пространственных функций, мышления позволяют утверждать, что синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии представляет собой синдром УКН с множественной когнитивной недостаточностью.[9]. В клинической картине ДЭ II стадии у исследуемых больных распространенность УКН составила 43,2-58,9% в различных возрастных группах.

Выводы. Проведенное исследование показало несостоятельность скрининговых шкал для диагностики уровня когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии. Учитывая множественный характер когнитивной недостаточности, нейропсихологическое обследование должно быть более объемным, способным оценить все когнитивные функции. Проведение обследования является прерогативой квалифицированного психолога, иначе результаты тестирования могут быть истолкованы ошибочно. Учитывая рост распространенности цереброваскулярных заболеваний с когнитивными нарушениями, множественный характер когнитивной недостаточности при дисциркуляторной энцефалопатии, необходимо более широкое внедрение психологического метода исследования на амбулаторном этапе медицинской помощи.

Литература.

1. Захаров В.В. Возрастные когнитивные нарушения / Под ред. Н.Н. Яхно. М.: Servier, 2004.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Academia, 2003. – С.168-175.
3. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии /под ред. А.А.Крылова, С.А.Маничева-2-е изд.СПб.: Питер, 2003.
4. Рощина И.Ф., Жариков Г.А. Нейропсихологический метод в диагностике мягкой деменции у лиц пожилого и старческого возраста//Журн.невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова,1998.Т.98.Вып.2.С.34-39.
5. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Ж. невропат. и психиатр. – 1985. – №9. – С.1281-1288.
6. Borson S, Scanlan JM, Watanabe J, Tu SP, Lessig M.J Simplifying detection of cognitive impairment: comparison of the Mini-Cog and Mini-Mental State Examination in a multiethnic sample. Am Geriatr Soc. 2005 May;53(5):p.871-4.

7. Cosentino S, Jefferson A, Chute DL, Kaplan E, Libon DJ. Clock drawing errors in dementia: neuropsychological and neuroanatomical considerations. *Cogn Behav Neurol.* 2004 Jun;17(2):p.74-84.
8. Dubois B., Slachevsky A. et al. A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 2000, 55, p.1621-11626.
9. Petersen P., Doody R. Current concept in mild cognitive impairment // *Arch. Neurol.* – 1997. – V.58. – P.542-548.

Abstract.

S.G. Bugrova

**DIAGNOSTIC OF VASCULAR MILD COGNITIVE IMPAIRMENT IN
NEUROLOGICAL PRACTICA**

Polyclinic 5, Ivanovo

144 patients with dyscirculatory encephalopathy (DE) I and 286 patients with DE II were investigated. The control groups included 76 subjects with no cerebrovascular disease. From neuropsychological tests it was exposed that DE II have dysfunction from three blocks of brain from Luria conception. Vascular mild cognitive impairments have plural cognitive dysfunction.

Key words: dyscirculatory encephalopathy, vascular mild cognitive impairments.

References.

1. Zaharov V.V. Age-associated cognitive impairment . M.: Servier, 2004.
2. Lyria A.R. Base of neuropsychologic. M.: Academia, 2003. – p.168-175.
3. Practicum of experiment and specific psychology /from red. A.A.Krilov, S.A.Manichev.SPb.: Piter, 2003.
4. Roschina I.F., Gharikov G.A. Neuropsychological method in diagnostic mild dementia from old people // *J.neur. And psych.*, 1998. V.98(2). P.34-39.
5. Shmidt E.V. Classification of vascular brain disorders // *J.neur. And psych.* – 1985. – №9. – P.1281-1288.
6. Borson S, Scanlan JM, Watanabe J, Tu SP, Lessig M.J Simplifying detection of cognitive impairment: comparison of the Mini-Cog and Mini-Mental State Examination in a multiethnic sample. *Am Geriatr Soc.* 2005 May;53(5):p.871-4.
7. Cosentino S, Jefferson A, Chute DL, Kaplan E, Libon DJ. Clock drawing errors in dementia: neuropsychological and neuroanatomical considerations. *Cogn Behav Neurol.* 2004 Jun;17(2):p.74-84.
8. Dubois B., Slachevsky A. et al. A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 2000, 55, p.1621-11626.
9. Petersen P., Doody R. Current concept in mild cognitive impairment // *Arch. Neurol.* – 1997. – V.58. – P.542-548.

Сведения об авторах: Бугрова Светлана Геннадьевна, кандидат медицинских наук, МУЗ «Городская поликлиника №5», г.Иваново 153002, г.Иваново, ул.К.Маркса, д.32, кв.29 тел: 8(493 2) 37 16 42, e-mail: larisa_bugrova@mail.ru

О.М. Бурков, А.В. Шамрай

**ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ
ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПЕ
СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ**

ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер», отд. № 1.

Резюме. В статье представлены принципы реабилитации, используемые в отделении неврозов 2 корпуса Воронежского областного психоневрологического диспансера. Обсуждаются используемые психотерапевтические методы, работа Совета пациентов.

Ключевые слова: психотерапия, реабилитация, психические расстройства

Актуальность. Тема реабилитации в системе психиатрической помощи в настоящее время является одной из наиболее актуальных.

Психосоциальная реабилитация – процесс, позволяющий психически больным достичь оптимального уровня самостоятельного функционирования в обществе.

Концепция реабилитации, разработанная в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте имени В.М. Бехтерева, объединяет медицинскую, психологическую и социальную модели и создает интегративный подход к пациенту, направленный на восстановление нарушенных когнитивной, поведенческой и эмоциональной сфер психики пациента. Это делает весьма актуальным вопрос о роли психотерапевтических методов.

Полученные результаты и их обсуждение. В нашем стационаре в процессе реабилитации используются индивидуальные, так и групповые формы психотерапии.

Для больных неврозами, пограничными расстройствами, психосоматическими расстройствами, болезнями зависимости можно в стационарных условиях применять различные методы индивидуальной психотерапии. Для реабилитации больных с психотическими расстройствами важнейшую роль играет групповая психотерапия, так как она воздействует на одну из самых значимых сфер человеческого существования – контакты в социуме.

Среди методов реабилитации в нашем отделении используются следующие: комплайнс-терапия, семейная терапия, арт-терапия, музыкотерапия, проективный рисунок, пантомима, библиотерапия, тренинг социальных навыков, мило-терапия, когнитивно-поведенческая терапия, психодрама, рационально-эмоциональная терапия, психоаналитическая терапия, личностно-ориентированная психотерапия, свободная вербальная дискуссия, гештальт-терапия, экзистенциальная терапия, средовые группы (совет и собрания больных, коллективные экскурсии, клуб пациентов).

Различные методы используются в зависимости от клинической картины, стадии заболевания и социальных факторов, а также от возможности их реализации в условиях данной клиники.

Одной из моделей лечения больных может служить организация реабилитационного процесса в нашем отделении.

На первом этапе реабилитации при поступлении в стационар пациент оказывается в условиях так называемого психотерапевтического сообщества, где ему разъясняются его права, обязанности, особенности действия препаратов, в доступной форме сообщается информация о его заболевании, механизмах его развития, создается мотивация на психотерапевтическое взаимодействие. Вместе с пациентом во время первичной беседы присутствуют родственники, которым, с согласия пациента, также разъясняются аспекты развития и течения заболевания, особенности взаимоотношений с пациентом.

Далее, одновременно с назначением лекарств, больной вовлекается в психотерапевтический процесс. При этом по показаниям назначаются различные методы психотерапии в индивидуальной и групповой форме.

Среди индивидуальных методов используются классический, эриксоновский гипноз, аутогенная тренировка, медитативные техники, релаксация по Джекобсону, психотерапия психоаналитическая, психодинамическая, личностно-ориентированная, когнитивно-поведенческая, рационально-эмоциональная, НЛП, систематическая десенсибилизация, метод имплозии, экзистенциальная, клиент-центрированная психотерапия, гештальт-терапия, телесно-ориентированная, танато-терапия, психодрама. Также по показаниям вместо индивидуальной терапии или одновременно с ней пациент принимает участие в работе психотерапевтической группы количеством 8–12 человек, гетерогенной по полу, возрасту, клинической картине. Психотерапевтические методы выбираются в зависимости от клиники, опыта участия в групповой терапии, количества пациентов. Традиционно в нашем отделении используются групповые формы психодинамической психотерапии, телесно-ориентированной терапии, гештальт-терапии, голотропного дыхания, экзистенциальные группы. Цикл терапии обычно включает 15–20 сессий в течение 3–4 недель с перерывами на выходные. Длительность одной сессии 1,5–2 часа. Сессии обычно проводятся вечером перед досуговыми часами. Все методы психотерапии – индивидуальные и групповые можно отнести к одному из трех направлений – психодинамическому, гуманистическому или когнитивно-поведенческому. Тренинг социальных навыков использует метод научения, навыкам самообслуживания, приема препаратов, регуляции функций внимания и планирования. Занятия проводятся 2 раза в неделю. Когнитивно-поведенческая

терапия направлена на выявление и коррекцию неправильных установок, формирование адаптивных форм поведения. Основные цели когнитивно-поведенческой терапии психозов – уменьшение актуальности галлюцинаторных и бредовых расстройств, уменьшение риска обострений, повышение уровня социальной состоятельности, повышение критического отношения к болезни, улучшению отношения к лечению и повышению качества соблюдения врачебных рекомендаций. Такой метод называется комплайнс-терапией. Психоаналитические, гештальт-группы, психодрама, экзистенциальные группы проводятся на более глубинном уровне у достаточно подготовленных пациентов. В большей степени стимулируется автономная спонтанная активность пациента.

С самого начала все поступившие включаются в работу Совета Пациентов, выбирает себе роль в работе Совета. Совет представляет собой объединение всех пациентов отделения в группу по принципу целостной структурированной социальной системы. Каждому пациенту присваивается определенная роль в группе. Подбор ролей осуществляется с учетом индивидуальной реабилитационной программы, составляемой совместно реабилитационной бригадой. Также поощряется инициатива пациента в выборе групповой роли. Роли можно условно разделить на руководящие, исполняющие и контролирующие. Во главе Совета находится председатель Совета и два заместителя, выбираемые пациентами. Сам Совет подразделяется на ряд секторов, которые охватывают практически все существование пациентов в отделении. В состав Совета входят следующие секторы:

1. Сектор трудотерапии.

Основная функция – руководство пациентами отделения в процессе трудотерапии, организация наиболее эффективной работы пациентов. В сектор входят люди, обладающие опытом и знаниями в области, являющейся мишенью трудовых процессов (столярное дело, агрономия, шитье и др.), а также имеющие реальные или потенциальные организаторские и руководящие способности.

2. Культурно-массовый сектор. Основная функция-организация досуга пациентов. Имеет подсекторы:

- танцевальный – взаимодействует с музыкотерапевтом,
- подсектор хорового пения,
- литературный,
- подсектор видеокультуры,
- организация праздников, конкурсов.

3. Сектор арт-терапии. Основная функция-организация совместно с реабилитологом творческой работы больных в кружках живописи, рисования,

лепки, вязания, создания икебан, написание стихов, рассказов и т. п. Терапия творческим самовыражением, является традиционным видом реабилитации психически больных, служит эмоциональной стимуляции и формирования личности. Этот вид реабилитационных техник можно применять уже на ранних этапах реабилитации пациента, так как используются невербальные и мягкие вербальные формы коммуникаций, постепенно ненавязчиво адаптируя пациента к нахождению в социуме. Пациенту предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, поделки из меха, кожи, тканей, художественная фотография и др.), музыкальные творческие вечера, утренники, выезды с концертами, творческое общение с природой, творческий поиск одухотворенного в повседневном. Согласно М.Е. Бурно, психотерапевт недирективно, постепенно подводит пациента к этим занятиям, побуждая их к этому своим примером и примером других пациентов, стимулирует их интерес к творчеству друг друга. Обсуждаются вопросы созвучия переживаний больных содержанию создаваемых произведений. Пациенты приобретают способность наблюдать, описывать и принимать свою чувственную сферу, избавляются от чувства неполноценности, становятся более уверенными в общении.

4. Сектор санитарного контроля. Основная функция-контроль за санитарным состоянием отделения проверка качества уборки больными палат.

5. Сектор питания. Основная функция - организация дежурства пациентов по столовой, контроль качества пищи, создание во время приема пищи приятной спокойной атмосферы.

6. Физкультурный сектор. Функции: организация совместно с инструктором лечебно-физкультурных мероприятий: утренней зарядки, пробежек, теренкура, лечебно-корректирующих курсов упражнений. Организация спортивных соревнований по настольному теннису, волейболу, баскетболу, шахматам, веселых стартов.

7. Сектор ухода за комнатными растениями.

8. Сектор организации и руководства милио-проектом.

Функционирование совета пациентов способствует тому, что во внутрибольничной жизни пациента время бодрствования занято трудовой деятельностью, досугом, коммуникациями, планированием. Приобретаются навыки существования автономно от врача и медсестер, отсутствуют такие последствия госпитализма, как стремление к залеживанию в постели, потеря мотивации к планированию ближайшего будущего, потеря потребности в зарплате, отсутствие способности к рациональной трате материальных ресурсов.

Приобретается насыщенный эмоциональный и поведенческий опыт, служащий материалом для последующего обсуждения на психотерапевтических сессиях и соответствующего анализа и коррекции. Таким образом, совет пациентов является многогранным универсальным методом средового группового взаимодействия в условиях стационара и служит основой для многих других реабилитационных техник.

Собрания пациентов проводятся раз в неделю по средам. На собрании обсуждается работа секторов Совета, выбираются новые руководители, выслушиваются предложения, пожелания, обсуждаются возможные пути взаимодействия персонала и пациентов. Пациенты планируют экскурсионные мероприятия, досуг, совместное творчество, трудовые процессы. Также обсуждаются вопросы, связанные с миллио-проектом.

Милио-терапия или терапия средой является одним из важнейших современных методов реабилитации психически больных. Нужно отметить, что для больных с психотическим уровнем организации личности характерна ограниченная способность к рефлексии. Больные зачастую не понимают сути конфликта, не могут вербализовать его, а могут только показать, используют защиту в форме отреагирования вовне, поэтому на ранних этапах реабилитации стандартная психотерапия ведет к усилению симптоматики. В этом периоде весьма эффективна новая невербальная терапия – терапия средой. Она моделирует семейные отношения, создает возможности для отреагирования вовне в условиях психотерапевтического поля. Отреагированные реакции агрессии и страха в дальнейшем перерабатываются, и намерстывается развитие «Я». Таким образом, происходит экстернализация интернализованных проблем, появляется материал для обсуждения. Психотерапевт при этом выполняет функцию «достаточно хорошей матери», то есть принимает агрессию пациента, перерабатывает ее и подает в форме, легкой для усвоения, тем самым, формируя у пациента доверие, стимул к дальнейшей работе, приобретение позитивной автономии «Я». Милио-терапия проводится ежедневно около 3 часов. В идеале больные делятся на 3 группы по 20 человек. Группа максимально гетерогенна, но у каждого пациента должен быть «близнец», например, минимум должно быть 2 мужчин, 2 женщин, 2 подростка, 2 пожилых, чтобы не допустить возникновения феномена «козла отпущения». В центре функционирования группы – проект. Проект выполняет функцию переходного объекта, вокруг которого осуществляется групповая коммуникация, создается некое общее дело для преодоления страха контакта. Проект должен иметь реальное время для осуществления, чтобы пациент успел пережить успех от его окончания. Дело должно быть полезным и иметь дополнительное бессознательное символическое значение. Например, можно

осуществить ремонт своей групповой комнаты; создание в саду философской тропы – дороги, петляющей по саду между деревьями, на которой можно выжигать цитаты философов; написание писем в музыкальные магазины с просьбой о пожертвовании музыкальных инструментов для больничного ансамбля и тому подобное. Важным моментом является то, что проект должен «родиться» из группы, группа берет на себя ответственность за него. Выбор проекта может производиться голосованием. Группа выбирает руководителя и помощников, причем предпочтение отдается людям, не имеющим опыта руководства, чтобы каждый попробовал себя в новой роли. Работа над проектом ведется с понедельника по пятницу. Часть материалов выделяет клиника, часть группа добывает сама, что стимулирует развитие креативного потенциала пациента. Во время сессий обсуждаются вопросы конфликтов с напарниками, ответственности, неуверенности в себе, преодолевается страх начала проекта, обсуждаются вопросы борьбы за лидерство, самосохранения в опасных ситуациях. Во время проекта можно ходить на экскурсии туда, где можно посмотреть, как делают такие же вещи. Чтобы выходные «не провисали», можно устраивать праздники, спортивные состязания. К концу проекта подробно обсуждаются чувства, акцентируют внимание на том, что с концом проекта жизнь не заканчивается. После окончания организуется праздник в отделении, зачитывается летопись проекта, вывешиваются фотографии (чтобы пациенты не отрицали свой вклад в проект и оставалось свидетельство их участия). При прощании сообщают друг другу, кто кому был важен, устраивают прощальный вечер. После утренних процедур все пациенты принимают участие в работе над проектом и его обсуждении, после обеда они занимаются терапией творческим самовыражением, трудотерапией, индивидуальной психотерапией. В вечерние часы, после групповой психотерапии проводятся музыкальные и литературные тематические вечера, организуются праздники.

Конечным пунктом реабилитации в отделении является реконструкция системы отношений пациента, приобретение навыков общения, совместной деятельности, автономной активности, создание адекватной внутренней картины болезни, адаптивных форм психологических защит. При достижении определенного баланса личностных составляющих пациент подходит к этапу собственно социальной реабилитации, которая включает помощь в трудоустройстве, поиске места жительства, создании микроокружения. Далее пациент контактирует со специалистом амбулаторно. Частота взаимодействий с непсихотическим пациентом со временем уменьшается, и при достижении полной автономии процесс заканчивается. Психотические пациенты получают возможность постоянно обращаться к психотерапевтическому сообществу, так как

вследствие большей нарушенности полная автономия и адаптация редко имеют место.

Для создания оптимальных условий реабилитации психически больных в нашем отделении создана кадровая и материальная база. Основной рабочей единицей в отделении является полипрофильная бригада, в которую входит врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический психолог и социальный работник. Специалистами совместно составляется индивидуальный план реабилитации. Все члены бригады тесно взаимодействуют между собой в процессе реабилитации пациента. Такой подход обеспечивает наиболее полный охват всех сторон функционирования пациента, оптимальное улучшение его качества жизни, преемственность на всех этапах реабилитации.

Выводы. Таким образом, современная биопсихосоциальная модель реабилитации, основанная на широком использовании психотерапевтических методов, позволяет максимально эффективно улучшить качество жизни психически больного, в первую очередь, его автономность при функционировании в социуме, трудовой деятельности, досуге, общении, улучшить качество ремиссий и их длительность путем создания адекватного отношения к болезни и ее лечению.

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 492 с.
 2. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: 1985. – 216 с.
- Психотерапия: учебник (2-е изд.)/Под ред. Б. Д. Карвасарского. - СПб: Питер, 2002. – 672с.

Abstract.

O.M.Burkov, A.V.Shamraj

**USE OF PSYCHOTHERAPY AT
REHABILITATIONS OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS
AT THE STAGE OF THE STATIONARY HELP BY THE EXAMPLE**

Voronezh regional psychoneurologic clinic

In article the principles of rehabilitation used in Voronezh regional psychoneurologic clinic are discussed. Used psychotherapeutic methods, work of Council of patients are discussed too.

Key words: psychotherapy, rehabilitation, mental disorders.

References.

1. Gurovich I.J., Shmukler A.B., Storozhakova J.A. Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry. – Moscow, 2004. – 492 p.
2. Kabanov M.M. Rehabilitation in patients with Mental Disorders. – Leningrad, 1985. – 216 p.
3. Psychotherapy: the textbook (2 ed.) / B.D.Karvasarsky. – St-Petersburg: Piter, 2002. – 672 p.

Сведения об авторах: Бурков Олег Митрофанович, тел. Сот.8-920-417-86-81, Раб 8-47371-90-302

И. П. Винокурова

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

ГУЗ «Воронежский областной психоневрологический диспансер»

Резюме. Изучены этиологические, биологические, психологические, социально-психологические факторы, способствующие возникновению и развитию ПТСР. Выявлены тесные корреляции этих факторов со степенью тяжести ПТСР. Изучение роли социально-психологических факторов, касающихся особенностей семьи, характера и стиля воспитания, на развитие ПТСР позволило обнаружить ряд значимых закономерностей. Сделаны выводы о необходимости более углубленного изучения преморбидности личности и социально-психологических факторов.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, преморбидности личности, факторы риска, психотерапия.

Актуальность. В современных условиях социально-экономической ситуации, глобального экономического кризиса, террористических актов, локальных военных конфликтов, природных и техногенных катаклизмов, роста преступности и смертности, когда люди оказываются в условиях острых или хронических психически травмирующих событий, изучение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является актуальной проблемой, как в клиническом, так и в социальном аспектах. Некоторые авторы считают, что хотя бы одно травматическое событие в своей жизни пережили 61% мужчин и 51% женщин, многие (25-50%) – два или больше психологических травм. Далеко не у всех субъектов, переживших влияние одного и того же стрессового события, развивается ПТСР. В последние десятилетия в развитии расстройства придается большое значение факторам риска: этиологическим, биологическим, психологическим, социально-психологическим и другим.

В связи с вышеизложенным мы поставили задачи изучить клинико-динамические особенности ПТСР, роль этиологического фактора в их развитии в зависимости от характера психической травмы, экспозиции, интенсивности переживания, выявить социально-психологические факторы риска и их роль в развитии ПТСР различной степени тяжести.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 54 человека в возрасте от 18 до 60 лет обоего пола, из них мужчины составили 36 (67 %) человек, женщины – 18 (33 %). Две группы - пациенты, обратившиеся в ВОКПНД, и респонденты, обследованные активно без обращения за врачебной помощью.

Респонденты, у которых были выявлены клинические признаки ПТСР, были отнесены в основную группу и составили 38 человек (70 % от общего числа). В группу сравнения были отнесены 16 (30%) человек без признаков ПТСР.

Диагностика ПТСР проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 (F43.1). Все респонденты имели в анамнезе психическую(-ие) травму(-ы): тяжелая(-ые), и/или чрезмерно тяжелая(-ые), и/или катастрофическая(-ые). Многие из обследованных лиц пережили неоднократное воздействие стрессоров. Исследование проводилось через 6 месяцев после пережитой острой травмы, либо респонденты длительно находились и/или продолжали находиться в тяжелой психически травмирующей ситуации хронического характера.

Использовались Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРП), «Шкала оценки влияния травматического события» (ШОВТС), «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин), «Опросник депрессивности Бека», «Шкала оценки потребности в достижении».

Полученные результаты и их обсуждение. У респондентов среди психосоциальных стрессов выявлялись переживания связанные с утратой лиц экстраординарной значимости (родителей, родственников и других близких им персон), с негативными семейными отношениями, с физическим насилием, с катастрофами (пожары, землетрясение, наводнение и др.), с тяжелым длительным хроническим заболеванием или уходом за продолжительно и тяжело болеющими родственниками.

В основной группе преобладали более тяжелые и более длительные психические травмы. С увеличением степени тяжести ПТСР была выявлена отчетливая тенденция возрастания количества тяжелых, очень тяжелых и крайне тяжелых травматических событий.

Исследования показали наличие зависимости развития ПТСР от длительности переживаний субъектом травматического события. Субъективное переживание стрессового события в течение нескольких недель или дней было практически одинаково во всех группах. Психологическое страдание в течение нескольких месяцев и лет у индивидуумов в подгруппе ПТСР средней степени тяжести отмечалась в 2 раза чаще, нежели продолжающихся в течение нескольких дней или недель. В подгруппе респондентов ПТСР тяжелой степени преобладали переживания психической травмы в течение нескольких лет и месяцев, что было существенно чаще, чем кратковременные переживания. Исходя из этого, было установлено, что чем более длительно по времени пациент переживал травматическое событие, тем тяжелее была степень тяжести расстройства.

В связи с полученными данными было предложено различать периоды развития ПТСР. При наличии характерных клинических признаков ПТСР в течение 1,5 месяцев (нескольких недель) было предложено диагностировать острый период ПТСР. Если длительность клинических проявлений продолжается

от 1,5 до 6 месяцев (несколько месяцев) – подострое ПТСР; в течение 6 и более месяцев – хроническое ПТСР. Как показали исследования у субъектов, составивших основную группу исследования, обнаруживалось хроническое течение ПТСР.

Уровень мотивации у субъектов с ПТСР снижался по мере нарастания степени тяжести расстройства. При этом наибольшие отличия от показателей нормы были обнаружены в подгруппе ПТСР тяжелой степени (в 100 % случаях), в которой не выявлено ни одного человека с высоким уровнем мотивации достижения. Уровень личностной тревожности у пациентов статистически значимо возрастал по мере нарастания степени тяжести ПТСР. При этом увеличивалась и доля пациентов, имеющих высокие показатели личностной тревожности – от 74% при ПТСР легкой степени до 100% при ПТСР тяжелой степени.

Показатели депрессивности, определяющиеся по тесту Бека, были более высокими в основной группе. У здоровых пациентов и ПТСР легкой степени выявленные показатели депрессии были в пределах нормы. По мере нарастания степени тяжести расстройства показатели депрессивности и ее выраженность возрастали. При возрастании степени тяжести ПТСР увеличивалась и численность пациентов с более высоким уровнем депрессии.

При исследовании типологии личности были выявлены закономерности интро-/экстравертированности личности и степени тяжести ПТСР. Как в основной, так и в группе сравнения преобладали амбивертные личности. В подгруппе здоровых лиц было выявлено большое количество экстравертных личностей при полном отсутствии интровертных. В основной группе респондентов выявлено постепенное уменьшение доли экстравертированных типов личности по мере нарастания степени тяжести ПТСР до их полного отсутствия при расстройстве тяжелой степени.

Обнаружено, что респонденты основной группы чаще, чем в группе сравнения, воспитывались в неполных семьях, и их число увеличивалось по мере нарастания степени тяжести расстройства. В подгруппе ПТСР тяжелой степени на конфликтные отношения между родителями указали более половины субъектов, в то время, как здоровые только в 12 % случаев. Исследования показали, что отношения в семье такого рода могут являться как предрасполагающим, так и психически травмирующим фактором, а также оказывать влияние на формирование личности, в том числе нарушений идентичности, как индивидуальной, так и социальной.

По данным наших исследований преобладающее большинство респондентов активно вовлекались в негативно окрашенные эмоциональные отношения между

родителями и принимали на себя не свойственные им в семье роли. При этом, чем тяжелее была степень расстройства, тем больше было число таких лиц (при тяжелой степени ПТСР 100 %).

Было установлено, что степень эмоциональной вовлеченности респондентов в конфликтные ситуации между родителями в преморбидном периоде была эквивалентна степени тяжести ПТСР. По мере нарастания степени тяжести расстройства увеличивалось число лиц, ретроспективно оценивающих степень эмоциональных переживаний ссор родителей как «сильные» и «очень сильные» (в подгруппе ПТСР тяжелой степени в 100 % случаях). Полученные данные свидетельствуют о фиксации пациентов на негативных переживаниях, чувствах, стереотипах реагирования и поведения, степень выраженности которых эквивалентна степени тяжести расстройства. Это получило также подтверждение в исследованиях ретроспективных оценок респондентами отношения к ним родителей. Чем тяжелее было расстройство, тем больше субъектов оценивали отношение родителей как равнодушное и даже агрессивное.

Как неблагоприятный фактор, способствующий развитию ПТСР, были расценены данные, если воспитанием ребенка занимались взрослые только одного пола (или только женщины, или только мужчины). В подгруппах ПТСР число таких лиц возрастало эквивалентно степени тяжести расстройства. При тяжелой степени расстройства на воспитание только женщинами указало около 70 % респондентов. Полученные сведения позволили признать, что воспитание ребенка взрослыми преимущественно женского пола, является существенным риском в развитии ПТСР.

Было установлено, что гиперсоциализированный подход в воспитании ребенка может являться фактором риска нарушения идентичности и способствовать развитию ПТСР. Кроме того, около 1/3 пациентов указали на тревожный тип матери, которая, наоборот, проявляет гиперопеку по отношению к ребенку. Это не способствует развитию самостоятельности и активности у ребенка, способствует формированию низкой мотивации. Такой тип воспитания может препятствовать формированию социальной идентичности, повышать риск нарушения адаптации, повышенной стрессоуязвимости, низкой стрессоустойчивости и способствовать развитию ПТСР.

В группе здоровых лиц, были отмечены только два стиля воспитания, по частоте незначительно отличающиеся между собой – это «гиперопека» и «эмоциональная холодность». В группе риска преобладающими стилями воспитания респондентов обнаружены гиперопека, эмоциональная холодность и непоследовательность. В группе ПТСР тяжелой степени чаще всего респонденты отмечали противоречивый стиль воспитания.

Изучение роли социально-психологических факторов, касающихся особенностей семьи, характера и стиля воспитания, на развитие ПТСР позволило обнаружить ряд значимых закономерностей.

Одним из важнейших аспектов, на наш взгляд, является дифференцированное отношение матери и отца к ребенку в зависимости от его половой принадлежности. Также важно отношение к отцу и матери самого ребенка в зависимости от его половой принадлежности. Четкое осознание ребенком на определенном этапе его/ее развития своей половой принадлежности совпадает с осознанием половых различий между отцом и матерью, что приводит к формированию новых дифференцированных по полу взаимоотношений. Эти дифференциации входят как структурные единицы в построение образа «Я» ребенка. Они стимулируют формирование идентичности и психического здоровья.

При ПТСР нарушение восприятия человеком своей половой идентичности как образа «Я» может быть одним из проявлений синдрома деперсонализации. Нарушенное восприятие половой идентичности родителей и других членов семьи можно рассматривать как своего рода дереализацию. С этой точки зрения нарушение идентичности может являться фактором риска развития ПТСР. Нормальное формирование идентичности ребенка, в том числе полоролевой, возможно только родителями, у которых она нормально сформирована.

Выше описанные явления могут быть причиной фрустрации, интрапсихического конфликта, что в свою очередь способствует снижению стрессоустойчивости и может выступать биологическими, психологическими и социально-психологическими факторами риска развития острого или хронического тяжелого стресса, а также являться этиологическим и патогенетическим факторами формирования ПТСР.

Выводы.

1. Установлено, что на развитие ПТСР оказывают влияние внешние факторы риска. К ним, прежде всего, относятся такие факторы как содержание, тяжесть стрессора, длительность травматического воздействия. Имеют также значение количество стрессовых воздействий. Особое значение имеет длительность периода осознания переживаний травматического события, его присутствие на уровне осознания. Длительность травматического психического воздействия способствует развитию ПТСР.

2. При ПТСР обнаружен низкий уровень мотивации достижений, снижение которого происходит параллельно с нарастанием тяжести расстройства.

3. Личностные особенности влияют на динамику ПТСР. В частности показано, что интровертированность относится к отрицательным факторам в

динамике ПТСР. Среди субъектов с тяжелой степенью ПТСР обнаружено наибольшее количество интровертов и отсутствие экстравертов.

4. Установлена связь тяжести ПТСР с наличием в преморбиде негативных социально-психологических факторов. К ним относятся воспитание в неполной семье, конфликты между родителями, детско-подростковый возраст при разводе родителей. Особое значение имеет равнодушие родителей, отсутствие эмоциональной поддержки ребенка, агрессия, выраженное альтернирующее отношение к ребенку.

Abstract.

I.P.Vinokurova

RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Voronezh regional psychoneurologic clinic

The biological, psychological, social, psychological and aetiological factors promoting occurrence and development PTSD are investigated. Close correlations of these factors with a degree of weight PTSD are revealed. Studying of a role of the social - psychological factors concerning features of family, character and style of education, on development PTSD has allowed to find out a line of significant laws. Conclusions about necessity of more profound studying this persons and social and psychological factors are made.

Key words: posttraumatic stress disorder, PTSD, risk factors, psychotherapy.

Е. О. Воронина, В. Г. Будза

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ
ПСЕВДОАЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОЙ ФОРМЫ СМЕШАННОЙ
СЕНИЛЬНО-СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ**

Каф. психиатрии и медицинской психологии

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава»

Резюме. Обследовано 178 пациентов стационара геронтопсихиатрического отделения ООКПБ №1. В основной группе: 54 пациента с СДАТ/СД (F00.2), 28 – с БА/СД (F 00.02). В контрольную группу вошли 24 больных с «чистой» СДАТ (F00.1), 47 – с СД (F01), 25 – с БА (F00.0). Исследование проводилось клинко-анамнестическим, клинко-психопатологическим, патопсихологическим, нейропсихологическим методами. Установлены дифференциально-диагностические признаки псевдоальцгеймеровской формы СДАТ/СД от таковой при монопатологии сосудистого поражения головного мозга, а также от болезни Альцгеймера.

Ключевые слова: деменция, сенильная деменция, смешанная деменция

Актуальность. Многие исследователи отмечают, во-первых, что увеличилось число психически больных пожилых лиц в силу значительного демографического сдвига [7, 9], во-вторых, указывают на частое «совпадение» у больных с деменцией сосудистого и дегенеративного процессов и большие трудности в дифференциальной диагностике таких сочетанных форм слабоумия от «чистых» атрофических и атеросклеротической [4,6,10]. В связи с указанными

обстоятельствами актуальность клинической диагностики и дифференциальной диагностики смешанной сосудисто-атрофической деменции от деменции при монопроцессе в настоящее время возрастает.

Цель работы – изучение клинико-психопатологических особенностей псевдоальцгеймеровской формы деменции при сочетании сенильного и сосудистого процессов; установление дифференциально-диагностических критериев данной формы деменции от таковой при монопатологии сосудистого поражения головного мозга и болезни Альцгеймера.

Материал и методы исследования. Обследованию были подвергнуты 178 больных стационара геронтопсихиатрического отделения Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 в возрасте от 48 до 93 лет. Основную группу составили 54 пациента с комбинацией сенильной деменции альцгеймеровского типа (СДАТ) и сосудистой деменции (шифр по МКБ-10: F 00.2), 28 - с сочетанием болезни Альцгеймера (БА) и СД (F 00.02). В контрольную группу вошли 24 больных с «чистой» СДАТ (F 00.1), 47 – с СД (F 01); 25 – с БА (F 00.0). Нозологический диагноз дементирующего процесса основывался на данных клинического обследования с учетом диагностических критериев МКБ-10 (1992). Исследование проводилось клинико-анамнестическим, клинико-психопатологическим, клинико-катамнестическим, патопсихологическим, нейропсихологическим [5] методами. Диагноз подтвержден (нейроинтраскопическими, анатомо-гистологическими методами) в 80% случаев основной группы и в 80,2% контрольной группы.

Полученные результаты и их обсуждение. Формы заболевания в большинстве случаев определяются синдромами манифестного этапа. Псевдоальцгеймеровская форма диагностировалась при сочетании сенильно-атрофического и сосудистого процессов – в 11,1% случаев. Афаза-апрактический синдром (мы не добавляем определение «агностический», так как эти явления возникают только в конечном состоянии и негрубо выражены) возможен и при других формах старческого слабоумия – тщательное нейропсихологическое обследование может обнаружить негрубые расстройства речи еще и в инициальной стадии; выраженная степень его («альцгеймеризация») констатируется в конечной стадии заболевания [3]. К псевдоальцгеймеровской форме мы отнесли больных с отчетливым афаза-апрактическим синдромом, возникающим на инициальном (16,7%) или, чаще, в начале манифестного (83,3%) этапов. Сдвиг переживаний в прошлое, бред ущерба, характерные сенильные изменения личности отличают эту форму от болезни Альцгеймера; однако при развитии атрофии Альцгеймера в старческом возрасте в клинической картине заболевания возможно наличие бредовых идей ущерба и сенильных изменений

личности. При болезни Альцгеймера, развившейся в сенильном возрасте, в отличие от псевдоальцгеймеровской формы комбинированной деменции, отмечаются длительная сохранность морально-этических основ личности и критическая оценка своего состояния, поведения окружающих [2]; отличия имеются, как мы покажем дальше, и в нарушениях самих инструментальных функций. При сосудистом заболевании в нашей выборке больных псевдоальцгеймеровский синдром на манифестном этапе отмечался у 6,4% пациентов, во всех случаях начало заболевания было с развитием асемического синдрома. В случае комбинированного заболевания сосудистый процесс преобладал над сенильно-атрофическим. Эта форма выступала либо с острым (постинсультным) возникновением афазо-апрактического синдрома (1 пациент при сосудистом заболевании и 2 больных при комбинации процессов), либо с относительно постепенным (клинически безинсультным) становлением этого синдрома (4 больных при сочетанных процессах). Несмотря на клинически безинсультное течение у 2 больных со вторым вариантом развития болезни при патоморфологическом исследовании обнаружены следы множественных инсультов в виде мелких кист, располагающихся в теменно-височной области. В случаях отсутствия патоморфологической верификации инсульта (у других 2 больных), скорее всего, имела значение акцентуация сочетанного процесса в теменно-височной области, и, возможно, особенность деструкции мозговой ткани, не устанавливаемая микроскопически. На инициальном этапе при комбинации процессов преобладал амнестический вариант (66,6%) над синдромом органического снижения (16,7%) и в 16,7% случаев после инсульта возник асемический синдром. Тип течения смешанной деменции с инсультами и быстрым распадом психических функций мы определили как злокачественный.

Псевдоальцгеймеровская форма в основной группе характеризовалась, прежде всего, нарастанием речевых расстройств. Вначале развивалась амнестическая афазия, а чаще акустико-мнестическая (в отличие от первой при ней отсутствуют определения предмета больными по назначению, свойствам). Выявлялось значительное затруднение в подборе слов, прежде всего, существительных (названий предметов). Речь изобиловала глаголами, местоимениями, частицами, появлялись вербальные парафазии и только в конце манифестного этапа при переходе в марантическое состояние – литеральные. Логоклонии (не грубо выраженные) были заметны относительно рано. Сенсорно – афатические расстройства длительное время оставались на стадии транскортикальной афазии (с относительной сохранностью повторной речи и нарушением фонематического строя самостоятельной). Понимание простых

вопросов, автоматизированные энграммы (фамилия, имя, отчество) в ответах сохранялись чуть ли не до самой смерти.

Нарушения праксиса значительно отставали от расстройств речи. Даже при асемическом инициальном этапе апраксия диагностировалась только через 1,5 года уже на фоне сенсорной, акустико-мнестической афазий. Возможно, что в силу неблагоприятных условий кровоснабжения в связи с атеросклеротическим поражением сосудов в бассейне средней мозговой артерии страдают, прежде всего (как наиболее эволюционно развитые и обладающие более сложной функцией, структурой) речевые зоны височной области, лишь позже нижнетеменные отделы, менее чувствительные к гипоксии (при отсутствии очага в них самих). Нельзя, однако, свести очаговые инструментальные расстройства к симптомам только сосудистого поражения этих областей, хотя в случаях острого возникновения афазо-апрактического синдрома оно, скорее всего, имеет решающее значение. Нельзя отрицать и возможность акцентуации атрофического процесса при этой форме комбинированного органического поражения в височно-теменной (вначале в височной) области. Поэтому при псевдоальцгеймеровской форме речь страдает раньше и грубее, чем праксис, тогда как при болезни Альцгеймера эти высшие корковые функции поражаются относительно равномерно. Расстройства праксиса (идеаторная апраксия) усугубляются развитием в некоторых случаях атеросклеротического паркинсонизма и поражением (атрофией) премоторных зон лобной доли, которые тесно связаны с экстрапирамидной системой. Больным в конце манифестной стадии не удавались иногда только некоторые движения, однако с посторонней помощью они одевались, женщины могли повязать платок, покрыться одеялом, будто шалью, все они самостоятельно ели. Речевые расстройства в этом периоде характеризовались акустико-мнестической и сенсорной афазиями, вербальными и литеральными парафазиями, логоклонией. Из речи в значительной мере выпадали длинные и сложные слова, фразы становились короткими, односложными, нередко возникали эхолалии.

В отличие от болезни Альцгеймера при псевдоальцгеймеровской форме сочетанного слабоумия нарушения экспрессивной речи преобладают над импрессивной. Больные, понимая обращенные вопросы (что проявлялось в их мимике, поведении, отдельных словах ответа) не могли составить законченную фразу, правильно произнести слово. Письмо и чтение грубо страдали, однако больные нередко правильно писали свою фамилию, имя, узнавали и писали отдельные буквы и простые слова. В отличие от болезни Альцгеймера при псевдоальцгеймеровской форме мы не диагностировали даже на манифестном этапе пространственной агнозии.

Наряду с очаговыми корковыми симптомами у 3 больных с сочетанной деменцией диагностировался пресбиофрентный синдром. Отмечались трудности при ориентировке в пространстве (больные не сразу фиксировали взглядом собеседника, отвечали в сторону). Нарушение ориентировки в ситуации (пространственной и смысловой, т. е. гнозиса) проявлялось уже в начале конечного состояния ответами на вопросы, относящиеся к другой больной.

В конечном состоянии при псевдоальцгеймеровской форме происходит почти полный распад импрессивной и экспрессивной речи, в меньшей степени праксиса. Все же в отличие от болезни Альцгеймера здесь нет тотального расстройства речи – больные до самой смерти сохраняют возможность произнесения отдельных слов, наиболее рано закрепленных в онтогенезе («мама», «дай», «хлеб», «не знаю», «не надо»), а иногда и более сложных словосочетаний; апраксические нарушения не достигают апраксии ходьбы, итеративные движения возникают нечасто, больные могут есть с помощью персонала. Агностические расстройства сказываются не узнаванием лиц (родственников).

Выводы. Таким образом, отличием псевдоальцгеймеровской формы сочетанной деменции от поздних случаев болезни Альцгеймера является значительное опережение апраксических и аграфических, агностических расстройств афатическими с преобладанием нарушений экспрессивной речи над расстройствами импрессивной, обусловленное наличием при комбинированной деменции большей выраженностью динамической афазии, чем при болезни Альцгеймера. Идеаторная апраксия осложняется двигательными нарушениями другого звена: одного и того же уровня системы праксиса (кинетическая апраксия) и более низкого функционального уровня (паркинсонизм). В отличие от терминальной стадии болезни Альцгеймера, завершающее манифестный этап псевдоальцгеймеровской формы конечное состояние характеризовалось отсутствием тотального распада речи (сохранялась возможность произнесения отдельных, рано закрепленных в онтогенезе слов); апраксические нарушения не достигали распада акта ходьбы, больные могли – хотя и с помощью – совершать элементарные действия по самообслуживанию, итеративные движения возникали редко.

Отличием псевдоальцгеймеровской формы сочетанной деменции от таковой при сосудистом слабоумии было относительно постепенное начало заболевания в нашей выборке больных, менее выраженные «мерцания» в психическом состоянии, проявления эмоциональной лабильности в более легкой степени выраженности, а также наличие бредовых идей ущерба, сенильных изменений личности, инверсии сна, не характерных для сосудистой деменции. При псевдоальцгеймеровской форме смешанной деменции выявлялись относительная

последовательность развития нарушений высших корковых функций, обусловленная, главным образом, атрофическим процессом, а при асемическом типе атеросклеротического слабоумия отмечалось «непредсказуемое» сочетание расстройств инструментальных функций, что совпадает с мнением других авторов [1,8], тесно связанное с общецеребральной мозговой симптоматикой при нем: в частности, в большинстве случаев постепенному развитию начальных афазо-апракто-агностических симптомов предшествовала стертая картина инсульта. При сочетанной деменции развитие асемического синдрома наблюдается чаще на манифестном этапе заболевания, а при атеросклеротической (в основном, мультиинфарктной) асемической деменции – развивается на инициальном этапе заболевания. При комбинации процессов наблюдалось только прогрессирующее течение афазо-апракто-агностических расстройств в противовес асемическому слабоумию чисто сосудистого происхождения, когда наряду с прогрессирующим течением данного синдрома, возникали периоды улучшения (регресса).

Литература.

1. Банщиков В.М. Атеросклероз сосудов мозга с психотическими нарушениями.-М., 1967.
2. Будза В.Г. О клинико-патопсихологическом стереотипе болезней Пика и Альцгеймера. Дисс... канд.мед.наук.- Оренбург, 1973.-С.151.
3. Будза В.Г. Диагностика сенильной деменции. Дисс...докт.мед.наук.- Оренбург,1990. – С.354.
4. Дамулин И.В. Постинсультная деменция: некоторые диагностические и терапевтические аспекты // Ж. психiatr. и психофарм.- 2005. – Т.7.-№1.-С.28-32.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии.-М.,1973.-С.374.
6. Молчанова Е.К., Сударева Л.О., Селезнева Н.Д.с соавт. О некоторых особенностях инициальных проявлений болезни Альцгеймера //Ж. невропатол. и психiatr.-1986.-вып. 9.-С.1371-1375.
7. Пырков П.П. Клинико-социальная характеристика пожилых пациентов с деменцией, госпитализированных в многопрофильную больницу //Ж. психiatr. и психофарм.-2003.- т.9.-№10.-С.35-39.
8. Рахальский Ю.Е. Психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга (формы, течение, терапия): Автореф. дис...докт.мед.наук.- Оренбург.,1964.
9. Blansjaar B.A., Thomasserk R., H.W. Van Schaick. Prevalence of dementia in centenarians //J.Geriatric Psychiatry.- 2000.-Vol.15.-№3-P.219-225.
10. Rocca W.A., Amaducci L.Neuroepidemiology: attribute to Bruce Schoenberg: Ed. D.W. Anderson. Florida.- 1991.-P.55-96.

Abstract.

E.O. Voronina, V.G. Budza

DIFFERENTIAL - DIAGNOSTIC ASPECT FALSELYALZCHEIMER OF THE FORM OF THE MIXED SENILE-VASCULAR DEMENTIA

Chair of psychiatry and medical psychology Orenburg State Medical Academy

Abstract. 178 patients of a hospital are inspected. In a basic group: 54 patients with SDAT/VD (F 00.2), 28 - with DA/VD (F 00.02). In check group have come 24 weak with "clear" SDAT (F 00.1), 47 - with VD (F 01), 25 - with DA (F 00.0). Research was conducted clinical- anamnesis, clinical-psychopathological, pathopsychological, neuropsychological by methods. Differential - diagnostic signs falselyalzheimers forms SDAT/VD from those are installed at a monopathology of a vascular defeat of a brain, and also from disease Alzheimer.

Key words: Mixed senile-vascular dementia, Alzheimer disease

References.

1. Banshchikov V.M. Atherosclerosis of vessels of a brain with psychic disorders . Moscow, 1967.
2. Budza B.Г. About clinical stereotype of Alzheimer's and Peak disease. Diss. ... kand.med.nauk. – Orenburg, 1973. – P.151
3. Budza V.G. Diagnostics senile dementia. Diss... doct.med.nauk. – Orenburg, 1990. - P.354.
4. Damulin I.V. Dementia after stroke: some diagnostic and therapeutic aspects // J. the psychiatrist. and psychopharm. – 2005. – Vol.7, № 1. – P.28-32.
5. Lurija A.R. Basis of neuropsychology. – Moscow, 1973. – P.374.
6. Molchanova E.K., Sudareva L.O., Seleznev N.D. About some features initial displays of Alzheimer's disease // J. nevropat. and the psychiatr. – 1986. – Vol. 9. – P.1371-1375.
7. Pyrkov P.P. Clinical and social characteristic of elderly patients with dementia, hospitalized in versatile hospital // J. the psychiatrist. and psychopharm.-2003. – Vol.9.- №10. – P.35-39.
8. Rahalsky J.E. Mental of infringement at an atherosclerosis of vessels of a brain (the form, current, therapy): avtoref. dis ... doct.med.nauk.- Orenburg, 1964.
9. Blansiaar B.A., Thomasserk R., H.W. Van Schaick. Prevalence of dementia in centenarians // J.Geriatric Psychiatry.-2000.-Vol.15.-№ 3-P.219-225
10. Rocca W.A., Amaducci L.Neuroepidemiology: atribute to Bruce Schoenberg: Ed. D.W. Anderson. Florida.-1991.-P.55-96

Сведения об авторах: Воронина Елена Олеговна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии, тел. дом. 8(3532)53-11-56, сот.8922-555-555-8, адрес: 460022, г.Оренбург, ул.Народная 12/3, кв.89; e-mail: eovoron@mail.ru

Научный руководитель: Будза Владимир Георгиевич, д.м.н., профессор, зав.кафедрой психиатрии и медицинской психологии, адрес :г.Оренбург, ул.С.Лазо 6 - кв.2.

С.А. Голубев

**К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ ПРЕОДОЛЕНИЯ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ
ЮНОШЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПРИСТУПОМ,
ПРОТЕКАЮЩИМ С ДОМИНИРОВАНИЕМ
ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ**

*Научный центр психического здоровья РАМН,
отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний*

Резюме. В работе обсуждаются принципы преодоления резистентности у больных юношеской шизофренией с доминированием галлюцинаторных расстройств в картине манифестного приступа. В исследование включены 40 больных мужского пола в возрасте 18-25 лет, стационаризовавшихся в клинику НЦПЗ РАМН в 2007-2008 г.г. с манифестным приступом эндогенного приступообразного психоза с доминированием галлюцинаторных расстройств. У 10 из этих больных (25%) в картине состояния отмечались явления резистентности к проводившейся психофармакотерапии. В зависимости от характера и механизмов развития резистентных состояний в соответствии с классификацией С.Н. Мосолова (2002) они были дифференцированы следующим образом: с первичной резистентностью (3 чел. – 30%), вторичной резистентностью (1 чел. – 10%), отрицательной резистентностью (6 чел. – 60%). Для каждой из групп этих больных выработана тактика комплексного психофармакотерапевтического воздействия. Было установлено что закономерности формирования того или иного типа резистентности, связаны, с особенностями клинической картины приступа и динамикой ее формирования у изученных больных, что определяет необходимость дифференцированного подхода к выбору терапевтической стратегии, адекватный выбор которой в значительной степени способствует преодолению резистентности и тем самым повышает степень эффективности проводимой медикаментозной терапии.

Ключевые слова: юношеская шизофрения; галлюцинаторные расстройства; терапевтическая резистентность.

Актуальность. Проблема изучения первых приступов шизофрении, манифестирующих в юношеском возрасте, на сегодняшний день все больше привлекает внимание исследователей [3,11]. При изучении манифестных приступов, возникающих в рамках шизофрении в юношеском возрасте на современном этапе становится очевидной высокая частота встречаемости и большой удельный вес галлюцинаторных расстройств в их структуре, их тесная взаимосвязь с психопатологической симптоматикой иных регистров, а также доминирующее влияние особенностей динамики собственно галлюцинаторного симптомокомплекса на патокинез проявлений других синдромов, а также на течение заболевания в целом [1, 6, 10]. Не вызывает сомнений то, что гармоничная и скорейшая редукция психотической симптоматики, является первостепенной задачей при выборе терапевтической тактики, обеспечивает уменьшение альтернирующего влияния болезни на личность больного, снижение

выраженности явлений «биологической токсичности», способствует наиболее полной реализации его компенсаторных резервов и достижению оптимального уровня ресоциализации и реадaptации больного [5,8,12]. Несмотря на успехи, достигнутые в области современных психофармакологических подходов к лечению эндогенных заболеваний юношеского возраста, важной и актуальной проблемой остаётся относительно часто возникающая терапевтическая резистентность у данной категории больных, что объясняется иммунологическими и нейробиологическими особенностями пубертатного периода и свойственной ему общей незрелостью нейроэндокринных систем организма [2,7,9]. В результате, здесь особенно часто в сравнении с больными зрелого возраста имеет место неполная редукция психотической симптоматики с длительным сохранением резидуальных продуктивных расстройств, нестойкость достигнутого клинического эффекта, а также частые нейролептические и нейроэндокринные побочные явления. Исходя из сказанного, очевидной становится актуальность специального изучения проблемы терапевтической резистентности, необходимость выработки комплексных клинико-терапевтических подходов к проблеме её преодоления.

В рамках настоящего исследования была проведена детальная типологическая дифференцировка эндогенных психозов, манифестирующих в юношеском возрасте психотическими приступами с доминированием галлюцинаторных расстройств с учётом специфики развития, динамики и редукции этих манифестных психотических эпизодов.

Цель. Выработка методик преодоления резистентности у больных юношеской приступообразной шизофренией с доминированием галлюцинаторных расстройств в картине манифестного приступа; установление характера корреляции между структурой психотического состояния и риском развития терапевтической резистентности, а также особенностями ее формирования, определяющими выбор терапевтических подходов.

Материал и методы исследования. Обследовано 40 больных, мужского пола, юношеского возраста (18-25 лет), стационарировавшихся в клинику НЦПЗ РАМН в 2007-2008 годах с манифестным приступом шизофрении, характеризуются доминированием галлюцинаторных расстройств. Из указанного числа у 10 пациентов (25 %) отмечались признаки резистентности к проводившейся психофармакологической терапии. Пациенты были обследованы клинико-психопатологическим и психометрическими методами (PANSS, CGI, UKU). Резистентными считались больные, у которых на фоне проводившейся адекватной антипсихотической терапии отсутствовала 40% редукция баллов по шкале PANSS к концу первого месяца лечения. Вид резистентности у изученных больных оценивалась в соответствии с типологией предложенной С.Н.

Мосоловым [4], согласно которой выделяются следующие виды резистентности: первичная (истинная) резистентность, связанная с низкой курабельностью состояния или неблагоприятным течением заболевания; вторичная резистентность, являющаяся результатом быстрого снижения клинического эффекта лекарственной терапии при длительном её применении; отрицательная резистентность, выражающаяся в быстром развитии побочных эффектов, проявления которых превышают положительный эффект медикации.

Результаты. В процессе проведённого исследования было установлено, что частота развития и разновидность резистентности психотического у изученных больных во многом определяется особенностями галлюцинаторных расстройств в структуре первого приступа. В связи с этим были выделены следующие разновидности манифестных приступов:

Первая группа (9 больных – 22,5%) — приступы с праймерным механизмом развития галлюцинаторной симптоматики – галлюцинаторные расстройства в картине психоза у этих больных возникали раньше или одновременно с психопатологической симптоматикой иных регистров. Патокинез приступа характеризовался подострым началом с постепенным нарастанием адинамической депрессии с выраженной астенизацией, апатией, склонностью к ипохондрическим опасениям. В дальнейшем происходило постепенное присоединение галлюцинаторной продукции – появление функционального галлюциноза неясного содержания, гипнагогических и гипнапомпических вербальных обманов восприятия. Галлюцинаторный симптомокомплекс быстро занимал доминирующую позицию в общей картине состояния, в последующем сохраняя её на протяжении всего приступа с постепенной эволюцией через этапы обсуждающего, комментирующего галлюциноза и дальнейшей трансформацией в псевдогаллюцинации – стереотипные, монотонные, с высокой степенью повторяемости, не обладающие аффективной окраской. Реже на этапе манифестации психоза наблюдалось первичное развитие псевдогаллюцинаций – бранящего и угрожающего содержания, субъективно тягостных для больного, и сопровождающееся формированием стойкого депрессивного аффекта с выраженным тревожно-дисфорическим радикалом. Содержание галлюцинаторных расстройства при данной разновидности приступов в подавляющем большинстве случаев служило основой для формирования бредовых идей, чаще тесно тематически связанных с содержанием галлюцинаторных переживаний. Формировался интерпретативный бред с малой идеаторной разработкой в виде идей отношения, преследования, воздействия с различной тематикой – сглаза, порчи, ипохондрического содержания, характеризующееся низкой степенью систематизации и завершённости бредовых построений. В дальнейшем

становилось частым присоединение элементов синдрома Кандинского-Клерамбо, явлений «малой» кататонии. У больных с описанной типологической разновидностью манифестного приступа частота встречаемости явлений резистентности оказалась наиболее высокой: у 4 из 9 больных, вошедших в данную группу, в процессе проводившейся терапии отмечались клинические эффекты, достоверно определённые нами как резистентность; из них у 2-х – резистентность, была определена нами как первичная (истинная), у других 2-х на первый план выступали признаки отрицательной резистентности.

Вторая группа (31 больной – 77,5%) – приступы, в структуре которых галлюцинаторные расстройства возникали вторично (вторичные) в картине аффективно-бредового или бредового состояния, причём их формирование и последующая динамика обнаруживали четкие различия внутри данной группы, так у 14 больных (35%) галлюцинаторные расстройства возникали в структуре острого аффективно – бредового приступа. Начало таких приступов обычно бывало острым, с тревожного состояния со страхом, расстройствами сна. По мере развития психоза быстро возникал и стремительно расширялся острый чувственный бред с изменчивой фабулой (нестойкими идеями значения, символизма, инсценировки, метаморфозы, ложными узнаваниями, в дальнейшем развивался антагонистический бред). Динамическое развитие картины бредовых переживаний происходило на фоне выраженных расстройств аффективного регистра – чаще в виде маниакального аффекта с дезорганизацией процесса мышления, моторной расторможенностью; реже – форме депрессивных расстройств с идеаторной и кинестетической заторможенностью, острыми эпизодами тревоги, где аффективный компонент во многом определял содержание бредовых переживаний. Галлюцинаторная симптоматика возникала на фоне расширяющихся бредовых расстройств в виде отдельных актозмов, галлюциноидов, иллюзорного вербального галлюциноза с последующим быстрым возникновением и развитием на высоте состояния картины вербального галлюциноза – «голосов» неясного, комментирующего содержания, обладающих свойством фульминантной сменяемости. Быстро происходило видоизменение и усложнение структуры обманов восприятия — галлюцинаторные расстройства приобретали антагонистическую, нередко фантастическую тематику, часто отражали сущность бредовых переживаний. Присоединялись флюктуирующие нарушения ориентировки с явлениями острой бредовой деперсонализации и дереализации. Интерпретативный бред отличался крайне малым удельным весом и отсутствием идеаторной разработки, иногда происходило присоединение отдельных психических автоматизмов. Явления резистентности в целом оказались нехарактерными для данной группы больных, для каждой в целом была

характерна высокая степень их курабельности состояния с быстрым темпом редукции симптоматики острого периода, высоким качеством достигаемого терапевтического отклика на проводившуюся медикацию. Лишь у 1 больного (2,5 % от общего числа включённых в данную подгруппу пациентов) из данной группы отмечались явления отрицательной резистентности, связанные с низким уровнем переносимости психофармакотерапии, вызвавшей в данном случае ряд выраженных нейролептических побочных эффектов. У 17 других (42,5%) больных вошедших в данную группу галлюцинаторные феномены появлялись вслед за формированием бредового синдрома. В данной подгруппе отмечалось постепенное начало приступа с появления расстройств невротического регистра. На фоне нарастающей подозрительности, напряжённости происходило формирование бредовой фабулы с тенденцией к отчётливой систематизации бредовых идей (преследования, воздействия), на фоне которых происходило присоединение галлюцинаторных расстройств. Обманы восприятия быстро приобретали доминирующий характер в структуре развивающегося состояния, их существование носило характер импрегнации, течение их было затяжным, ундулирующим. Обычно на первых этапах приступа они являлись субъективно особо значимыми для больных, приобретали бредовую интерпретацию, принимая участие в расширении бредовой фабулы. Вне зависимости от тематической сопряжённости и порядка возникновения галлюцинаторных и бредовых расстройств, при данном типе приступа всегда отмечалось раннее присоединение элементов синдрома Кандинского-Клерамбо и было характерным быстрое его развитие с формированием картины «тотального овладения». Следует отметить, что на фоне редукции синдрома Кандинского-Клерамбо здесь на первый план вновь выходила симптоматика невротического регистра – обсессивно-компульсивные расстройства, преимущественно в форме аффективно-нейтральных двигательных навязчивостей и примитивных ритуалов. При данной разновидности приступов встречаемость явлений резистентности оказалась достаточно высокой, они отмечались у 5 из 17 больных (29,4%). Варианты резистентных состояний здесь распределились следующим образом: у 1 больного – первичная резистентность; у 3-х – развитие отрицательной резистентности, в связи с плохой переносимостью препаратов; в 1 случае регистрировалось быстрое падение эффективности нейролептической терапии при изначально высоком уровне терапевтического отклика, что было оценено нами как вторичная резистентность.

Таким образом, в исследованной нами когорте пациентов в общей сложности было зафиксировано 10 случаев резистентности, из них 3 (30 %) пришлось на долю первичной резистентности, 6 (60 %) были определены как отрицательная

резистентность; частота встречаемости вторичной резистентности оказалось высокой (1 больной – 10 %), что по всей видимости было связано с большой степенью выраженности остроты описанных манифестных состояний, особенностями их динамики, детерминированными юношеским возрастом, характеризующимся высокими компенсаторными возможностями систем организма, пластичностью нейроэндокринных процессов. В связи с этим, подходы, применявшиеся для купирования вторичной резистентности, оказались идентичными методикам, использовавшимся для борьбы с первичной резистентностью.

При развитии в процессе терапии явлений первичной и вторичной резистентности оказалась наиболее эффективной смена текущей терапии. В качестве препаратов выбора здесь выступали высокие дозировки конвенциональных нейролептиков, обладающих мощным инцизивным действием. Использовались такие конвенциональные антипсихотики, как галоперидол (25–30 мг/сут), клопиксол (30–40 мг/сут), трифлуоперазин (40–60 мг/сут), хлорпромазин (200–300 мг/сут), флюанксол (25–30 мг/сут). Эффективность этих препаратов увеличивалась при парэнтеральном введении их инъекционных форм. При сохранении явлений резистентности мы были вынуждены прибегать к использованию комбинаций конвенциональных и атипичных антипсихотиков с учётом особенностей спектра их терапевтической активности. Эффективными оказывались комбинации клопиксола (25–30 мг/сут) и оланзапина (10–15 мг/сут), галоперидола (20–25 мг/сут) и клозапина (150–200 мг/сут), а также комбинация двух атипичных нейролептиков – рисперидона (6–8 мг/сут) и клозапина (150–200 мг/сут). При длительной неэффективности показано было проведение 7–10 сеансов ЭСТ.

В случаях развития отрицательной резистентности, главный акцент при выборе препаратов был сделан на оценке параметров их переносимости больными. Предпочтение отдавалось использованию антипсихотиков с улучшенным профилем терапевтической эффективности и побочных эффектов, при этом доминировал критерий наименьшей выраженности побочных эффектов с учётом максимального селективного терапевтического эффекта препарата. Такими лекарственными средствами в зависимости от специфики состояний являлись различные современные атипичные антипсихотики: рисперидон (6-8 мг/сут), оланзапин в пероральной (15-20 мг/сут) и инъекционной (30 мг/сут) формах, сертиндол (14-16 мг/сут), амисульприд (800-1000 мг/сут), арипипразол (25-30 мг/сут), zipразидон (160-240 мг/сут). Для коррекции побочных эффектов назначались препараты — корректоры экстрапирамидной симптоматики — циклодол (8-12 мг/сут), акинетон перорально (10-12 мг/сут) или в инъекционной

форме (5-10 мг/сут), ПК-мерц (200-300 мг/сут), а также ноотропные средства (когитум 500 мг/сут, фенибут 1,5-3 гр/сут). Наряду с подбором терапии, практиковалось внутривенное капельное введение мексидола в сочетании с витаминотерапией, проведение сеансов плазмафереза, в отдельных случаях — назначение 7-10 процедур ЭСТ.

Выводы. Указанные клинические варианты юношеских приступообразных эндогенных психозов с доминированием галлюцинаторных расстройств в структуре манифестного приступа коррелируют с разной частотой формирования и разновидностями терапевтической резистентности у больных. Так, при вариантах с праймерными свойствами галлюциноза в динамике формирования манифестного приступа частота резистентности выше, чем у больных с вторичным характером развития галлюцинаторных расстройств в картине приступа, а также с его структурной неоднородностью, что определяет необходимость дифференцированного подхода к выбору терапевтических тактик, адекватный выбор которых в значительной степени повышает эффективность проводимой медикаментозной терапии и способствует становлению ремиссий более высокого качества.

Литература.

1. Кузюкова А.А. Клиника и психопатология манифестных эндогенных психозов юношеского возраста. //Автореферат дисс. канд. мед. наук. М., 2007, 24 с.
2. Мосолов С.Н. Современная антипсихотическая фармакотерапия шизофрении // Русский медицинский журнал. – 2004. – № 10. – С. 6.
3. Мовина Л.Г., Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами. //Автореферат дисс. канд.мед.наук. М.2005.
4. Новые достижения в терапии психических заболеваний / под ред. С.Н. Мосолова. М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2002.
5. Смулевич А.Б. Неманифестные формы шизофрении – психопатология и терапия //Журнал неврологии и психиатрии 2005, том 105 №5, стр. 4—10.
6. Рыбальский М.И. Критерии клинической оценки галлюцинаций. 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, Москва, 1982
7. Citrome L. Neurochemical sensitization in the clinical course and pathophysiology of schizophrenia. Program and abstracts of the XII World Congress of Psychiatry; August 24-29, 2002; Yokohama, Japan. Abstract S-8-3.
8. Kahn R.S. Schizophrenia as a progressive brain disorder: effect of relapse and outcome //Education symposium “Optimizing schizophrenia management – focus on new treatment advances and real-life experiences” Lisbon, 2007, p. 6
9. Keefe R, Arnold M, Bayen U, McEvoy J, Wilson W. Source-monitoring deficits for self-generated stimuli in schizophrenia: multinomial modeling of data from three sources. Schizophr Res. 2002;57:51.

10. Lauronen E. Course of illness, outcome and their predictors in schizophrenia (The Northern Finland 1966 Birth Cohort study) //Acta Universitatis Oulunsis D Medica 910, Oulun Yliopisto, Oulu 2007, 115 p.
11. Malla A. Payne J. First-Episode Psychosis: Psychopathology, Quality of Life, and Functional Outcome // Schizophrenia Bulletin 2005, 31 (3): 650-671
12. Wyatt R.J., Dantiani I.M., Henter I.D. First-episode schizophrenia // Brit J Psychiatry. – 1998. – Vol. 172 (Suppl. 33). – P. 77-83.

Abstract.

S.A. Golubev

TO THE QUESTION ON METHODS OF OVERCOMING OF THERAPEUTIC RESISTANCE AT SICK OF THE YOUTHFUL SCHIZOPHRENIA WITH THE FIRST ATTACK PROCEEDING WITH DOMINATION HALLUTINATIONS OF FRUSTRATION

Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Science

In work at sick of a youthful schizophrenia principles of overcoming of resistance are discussed with domination hallucinations frustration in a picture of first episode. In research at the age of 18-25 years, hospitalised 40 sick males are included in clinic Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Science in 2007-2008 with first episode schizophrenia psychosis with domination hallucinations frustration. At 10 of these sick (25 %) in a condition picture were marked the resistance phenomena to spent psychopharmacotherapy. Depending on character and mechanisms of development of resistant conditions according to S.N.Moscow tin's classification (2002) they have been differentiated as follows: with primary resistance (3 people-30 %), secondary resistance (1 people-10 %), negative resistance (6 people-60 %). For each of groups of these patients tactics complex pharmacological influences is developed. It has been established that laws of formation of this or that type of resistance, are connected, with features of a clinical picture of an attack and dynamics of its formation at the studied patients that defines necessity of the differentiated approach to a choice of the therapeutic strategy which adequate choice substantially promotes Resistance overcoming and by that raises degree of efficiency of spent medicamentous therapy.

Key words: therapy resistance, hallucinations frustration, endogenic psychosis, adolescent.

References.

1. Kuskova A.A. Clinic and psychopathology endogenic psychoses of youthful age.//the Author's abstract the master's thesis medical sciences. M, 2007, 24 p.
2. Mosolov S.N. Modern antipsychotic pharmacotherapy of a schizophrenia//Russian medical magazine. – 2004. – № 10. –6 p.
3. Movina L.G/ Psychosocial therapy sick of a schizophrenia and frustration шизофренического a spectrum with the first psychotic episodes.// the Author's abstract the master's thesis medical sciences. M, 2005, 24 p.
4. New achievements in therapy of mental diseases / under the editorship of S.N. Mosolov M: Joint-Stock Company «Publishing house BIN», 2002.
5. Smulevich A.B. Nemanifestnye of the schizophrenia form – psychopathology and therapy//neurology and psychiatry 2005 Magazine, volume 105 №5, p. 4—

6. Rybalsky M.I. Kriterii of a clinical estimation of hallucinations. 2nd MOLGMI of N.I.Pirogova, Moscow, 1982
7. Citrome L. Neurochemical sensitization in the clinical course and pathophysiology of schizophrenia. Program and abstracts of the XII World Congress of Psychiatry; August 24-29, 2002; Yokohama, Japan. Abstract S-8-3.
8. Kahn R.S. Schizophrenia as a progressive brain disorder: effect of relapse and outcome //Education symposium "Optimizing schizophrenia management – focus on new treatment advances and real-life experiences" Lisbon, 2007, p. 6
9. Keefe R, Arnold M, Bayen U, McEvoy J, Wilson W. Source-monitoring deficits for self-generated stimuli in schizophrenia: multinomial modeling of data from three sources. *Schizophr Res.* 2002;57:51.
10. Lauronen E. Course of illness, outcome and their predictors in schizophrenia (The Northern Finland 1966 Birth Cohort study) //Acta Universitatis Oulunsis D Medica 910, Oulun Yliopisto, Oulu 2007, 115 p.
11. Malla A, Payne J. First-Episode Psychosis: Psychopathology, Quality of Life, and Functional Outcome // *Schizophrenia Bulletin* 2005, 31 (3): 650-671
12. Wyatt R.J., Dantiani I.M., Henter I.D. First-episode schizophrenia // *Brit J Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172 (Suppl. 33). – P. 77-83.

Сведения об авторах: Голубев Сергей Александрович аспирант отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний Научного центра психического здоровья Российской Академии медицинских наук 115522 Москва, Каширское шоссе, 34

С.В. Гречаный
**ОЦЕНКА КОМПОНЕНТОВ АДАПТАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ
ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
С ПОМОЩЬЮ ПРОЕКТИВНЫХ И НЕПРОЕКТИВНЫХ
МЕТОДИК**

*Каф. психиатрии и наркологии
Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии*

Резюме. Были изучены личностные характеристики 24 подростков с признаками аддиктивного поведения. 52 здоровых студента медицинских вузов являлись группой контроля. Имелись статистические различия в значимости механизмов психологической защиты «замещение», «проекция», «интеллектуализация», «реактивное образование» между обеими группами. Имелась обратная корреляция между общим фактором механизмов психологической защиты и фактором адаптации. В статье обсуждаются полученные результаты исследования.

Ключевые слова: подростки, механизмы психологической защиты, употребление наркотиков, зависимость

Актуальность. Всесторонняя оценка личностно-адаптационных ресурсов больных аддиктивными заболеваниями представляет собой важную задачу современной клинической наркологии. В настоящее время механизмы психогенеза наркологических заболеваний тесно связываются с нарушением адаптационной системы личности наркозависимых. Злоупотребление наркотиками рассматривается как «поведение риска», являющееся дезадаптивным способом преодоления психотравмирующих переживаний. Поведение риска является проявлением неосознанного отчаяния в условиях угрозы базисным характеристикам личности. Феномен патологического влечения к психоактивным веществам является отражением дисфункционального состояния личности, вызванного срывом механизмов личностной адаптации. Последнему отводится роль пускового фактора в возникновении и рецидиве наркологической болезни.

Цель работы – сравнительное изучение характеристик адаптационной системы личности подростков с аддиктивным поведением с помощью проективных и непроективных психологических тестов.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 24 подростка с аддиктивным поведением (средний возраст – 15,62±0,25, 15 – молодых людей, 9 – девушек). Большинство подростков (15 чел.) – пациенты наркологического отделения ДИБ № 3, кроме того – отделения № 12 ПБ им. Скворцова-Степанова, отделения № 3 ЦВЛ «Детская психиатрия». Подростки употребляли летучие органические вещества (10 чел.), алкоголь (3 чел.), опиаты (10 чел.) злоупотребление амфетамины (1 чел.). Причем во всех случаях речь шла о злоупотреблении с вредными последствиями (рубрика F 1x.2) с характерными клиническими проявлениями: отсутствие выраженного синдрома физической

зависимости, отсутствием систематичности употребления, невыраженный рост толерантности. Наркологический диагноз у всех пациентов сочетался с диагнозами: социализированное расстройство поведения (F 91.2), легкое когнитивное расстройство (F 06.7). Контрольную группу составили 52 здоровых студента (средний возраст – 22,15+_{0,22}, 14 – молодых людей, 38 – девушек).

Для реализации цели исследования использовалась проективная психологическая методика «Хэнд-тест» и непроективная методика «Индекс жизненного стиля» (R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte, 1979). Совместное применение этих методик позволило всесторонне изучить механизмы психологической дезадаптации при подростковом аддиктивном поведении.

Полученные результаты и их обсуждение. Было показано, что по данным «Индекса жизненного стиля» интегративный показатель напряженности психологических защит достоверно выше в основной группе (76,91+_{3,47}) по сравнению с контрольной (61,27+_{1,89}; $t=3,96$; $p<0,05$) и приближается по большинству шкал к установленному «порогу» психологической напряженности. Это обстоятельство отражает наличие выраженного нарушения психологической адаптации у подростков с аддиктивным поведением.

Результаты сравнения показателей основной и контрольной групп выявили, что по 7 из 8 шкал теста «ИЖС» преобладают показатели основной группы. Причем по 5 из них («вытеснение», «проекция», «замещение», «интеллектуализация», «реактивные образования») имеются достоверные различия ($p<0,05$). По одной шкале – «компенсация» отмечалось преобладание показателей контроля, однако различие не достигает достоверного уровня ($p>0,05$). Показатели двух шкал основной группы – «отрицание» и «замещение» превышают «порог» психологической напряженности (более 80%). Можно предположить, что именно эти механизмы лежат в основе нарушения психологической адаптации при аддиктивном поведении.

Полученные результаты подтверждаются и уточняются данными «Хэнд-теста». Интегративный показатель напряженности психологических защит по методике «ИЖС» обратно умеренно коррелирует с показателем адаптации по методике «Хэнд-тест» ($r=-0,30$). Наиболее высокие обратно-корреляционные связи выявлены между данным показателем «Хэнд-теста» и шкалой «отрицание» ($r=-0,40$) теста «ИЖС». Учитывая высокий порог напряженности шкалы «отрицание» и ее обратную корреляцию с показателем адаптации, данный тип психологической защиты следует считать наиболее напряженным и дезадаптивным у подростков с аддиктивным поведением.

«Отрицание» характеризуется созданием информационного «барьера» поступающей информации. Это онтогенетически наиболее ранняя форма

психологической защиты, поведенческим аналогом которого является реакция отказа (пассивный протест).

Выводы. Особую роль механизма «отрицания» следует учитывать в процессе формирования наркологических заболеваний. В клиническом аспекте МПЗ «отрицание» выражается в феномене анозогнозии. При болезнях аддикции анозогнозия представляет собой сложный симптомокомплекс, включающий в себя идеаторный, аффективный и поведенческий компоненты. Аддиктивная анозогнозия проявляется, в частности, в неспособности распознать у себя симптомы болезни и оценить риск развивающегося рецидива. Размытость представлений о границах наркологического заболевания лежит в основе низкой мотивации к лечению.

Abstract.

S.V. Grechanyy

VALUE OF COMPONENTS OF PERSONAL-ADAPTATION SYSTEM IN ADDICT TEENAGERS WITH HELP PROJECTIONAL AND NONPROJECTIONAL TESTS

Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Department of Psychiatry and Narcology

Personal-adaptation characteristics were studied in 24 patients mean age 15,62+_0,25 years with addiction (main group). 52 healthy medical-students mean age 22,15+_0,22 were included in the control group. Methods of study: nonprojectional test «Life style index» (R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte, 1979) and projectional test «Hand-test». The statistical differences of the mean parameters of followed scales «Life style index»: «replacement», «projection», «substitution», «intellectualization», «reactive formation» between both groups were showed. Moderate inverse correlation between general factor of gears psychological protections and adaptation factor («Hand-test») were funded ($r=-0,30$). In the paper the received results of research are discussed.

Key words: personal-adaptive system, gears of psychological protection, drug abuse, drug dependence

Сведения об авторе: Гречаный Северин Вячеславович, доцент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии; кандидат медицинских наук, доцент ГОУ ВПО СПбГПМА Росздрава, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2 Тел. раб. 301-61-63 Дом. адрес: 197373, Санкт-Петербург, пр. Авиаконструкторов 44-1-239, тел. 491-73-63 (дом.), сот. 8-921-443-94-11

Т. Ю. Гречко

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЦИПРАЛЕКС»
(ЭСЦИТАЛОПРАМ) ПРИ НЕКОТОРЫХ ВАРИАНТАХ
ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Резюме. Обобщен опыт применения препарата «Ципралекс» при тревожно-депрессивных расстройствах. Препарат «Ципралекс» истинно быстро снижает уровень депрессии и тревоги, способствует редукции таких показателей как астения, эмоциональный дискомфорт, вегетативные нарушения, истерические реакции.

Ключевые слова: тревога, депрессия, ципралекс, эсциталопрам

Актуальность. Спектр пограничных расстройств в современной психиатрии представлен весьма многообразно. При этом практически всегда в их клинической картине присутствуют такие симптомы как тревога, снижение настроения, признаки нарушения адаптации. Согласно данным ВОЗ, тревожные расстройства и нарушения настроения занимают первое место среди первых десяти самых значимых проблем общественного здравоохранения. Большинство пациентов этой группы получают в виде основной терапии различные антидепрессанты. Показания к использованию современных антидепрессантов обычно ограничиваются стандартными рекомендациями без тонкой детализации симптоматического спектра воздействия препарата. Представляется интересным уточнить особенности воздействия конкретного антидепрессанта при отдельных патологических проявлениях у лиц с тревожной и депрессивной патологией. Возможно, это позволит повысить уровень оказания помощи данной категории больных.

Мы провели анализ данных по исследованию влияния препарата «Ципралекс» на динамику эмоционально-личностных характеристик и изменения аффективно-мотивационной сферы у больных с различными тревожными и депрессивными расстройствами.

В 2004 году в России был зарегистрирован новый препарат из группы антидепрессантов – «Ципралекс» (эсциталопрам). Он был создан на основе выделения и использования S-энантиомера (эсциталопрама), входящего наряду с R-энантиомером в молекулу рацемического препарата циталопрама, относящегося к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Эсциталопрам (S-энантиомер) является более сильнодействующим ингибитором белка-переносчика серотонина, который участвует в обратном захвате серотонина, чем рацемическая форма циталопрама. Исследования показали, что под действием эсциталопрама наблюдается более выраженное ингибирование обратного захвата серотонина, которое развивается быстрее, чем на фоне циталопрама.

Эсциталопрам связывается с белком-переносчиком серотонина посредством двух участков связывания: первичный высокоаффинный связывающий участок, участвующий в ингибировании обратного захвата серотонина, и вторичный низкоаффинный аллостерический связывающий участок, модулирующий связывание на первичном участке связывания путём изменения конформации белка. Взаимодействие эсциталопрама не только с первичным местом связывания белка-транспортёра серотонина, но и со вторичным (аллостерическим) местом, приводящее к более мощной, быстрой и стойкой блокаде обратного захвата серотонина за счёт модулирующего влияния аллостерического связывания позволило говорить об эффекте «аллостерической модуляции», усиливающей антидепрессивное действие, о «двойном воздействии на серотонин» и выделении нового класса антидепрессантов – «аллостерических ингибиторов реаптейка серотонина».

Показаниями к применению препарата «Ципралекс» являются депрессивные эпизоды любой степени тяжести и панические расстройства с (или без) агорофобией.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения неврозов «ВОКПНД», корпуса №2 среди больных с тревожными и депрессивными состояниями. В исследование вошли 16 пациентов – 7 мужчин и 9 женщин. Средний возраст составил 32 года. Нозологическая принадлежность больных согласно МКБ-10 представлена ниже (см. табл.). Пациенты получали «Ципралекс» в дозе 10 мг/сутки, однократно. Курс лечения составлял от 3 до 5 недель в стационаре.

Таблица.

Распределение исследуемого контингента пациентов по клиническому диагнозу

Клинический диагноз	Количество больных
Депрессивное рекуррентное расстройство	2
Депрессивный эпизод без психотических расстройств	4
Циклотимия, депрессивная фаза	4
Паническое расстройство с агорофобией	1
Эмоционально-лабильное астеническое расстройство, тревожно депрессивный синдром	1
Фобическое тревожное расстройство с паническими атаками и вегето-сосудистыми пароксизмами	1
Смешанное тревожное депрессивное расстройство с ипохондрическим компонентом	3

Оценка действия препарата проводилась при помощи клинико-психопатологического метода и тестовых методик. Используемые методики: шкала депрессии Цунга, шкала тревоги Цунга, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, интегральный тест тревожности.

Опросник Цунга разработан для дифференциальной диагностики депрессивных/тревожных состояний и состояний, близких к депрессии/тревоге, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной врачебной диагностики. Уровень депрессии/тревоги (УД) колеблется от 20 до 80 баллов. Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии/тревоги. Если УД 50-59 баллов – имеет место легкая депрессия ситуативного или невротического генеза. При показателе УД 60-69 баллов диагностируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более чем 70 баллов.

Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний включает шкалы тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений и вегетативных нарушений. Для интерпретации результатов диагностические коэффициенты по каждой из шести шкал суммируют. В каждой из шкал показатель больше +1,28 указывает на уровень здоровья по данному симптомокомплексу, меньше +1,28 говорит о болезненном характере выявляемых расстройств.

Интегральный тест тревожности является оригинальным опросником для субъективного личностного шкалирования или психологической диагностики эмоционально-личностных свойств испытуемых (эмоциональный дискомфорт, астенический компонент тревожности, фобический компонент, тревожная оценка перспективы, социальная реакция защиты) и оценки степени их выраженности на основе психометрических характеристик.

Полученные результаты и их обсуждение. Изменения показателей по шкале Цунга произошли следующим образом: у обследованных больных в начале лечения уровень депрессии составлял от 43 до 68 баллов (средний показатель: 55); уровень тревоги составлял от 49 до 58 баллов (средний показатель: 54). В конце лечения уровень депрессии составлял от 27 до 46 баллов (средний показатель: 38); уровень тревоги составлял от 33 до 50 баллов (средний показатель: 44).

Результаты начального исследования по клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний: у обследованных больных в начале лечения уровень тревоги составлял от -10,85 до 6,37 баллов (средний показатель: -2,53); уровень невротической агрессии от -8,22 до 0,41 (средний показатель: -5,16); уровень астении от -8,12 до 0,41 (средний показатель: -5,16); уровень

истерического типа реагирования от -10,5 до 1,03 (средний показатель: 4,63); уровень обсессивно-фобических нарушений от -7,35 до 2,5 (средний показатель: -4,63); уровень вегетативных нарушений от -13,55 до 1,26 (средний показатель: -6,9). Повторное обследованных больных на момент окончания лечения дало следующие результаты: уровень тревоги составлял от -4,56 до 6,28 баллов (средний показатель: 2,69); уровень невротической агрессии от -4,13 до 4,66 (средний показатель: 1,83); уровень астении от -3,41 до 10,8 (средний показатель: 3,83); уровень истерического типа реагирования от -6,11 до 4,56 (средний показатель: 3,83); уровень обсессивно-фобических нарушений от -6,47 до 4,54 (средний показатель: 0,55); уровень вегетативных нарушений от -4,2 до 7,57 (средний показатель: 3,3). Таким образом, практически по всем анализируемым показателям произошло изменение выраженности патологических проявлений.

Также отмечались некоторые изменения интегрального теста тревожности у пациентов, участвующих в исследовании. В начале лечения уровень эмоционального дискомфорта составлял от 3 до 9 (средний показатель: 8); уровень астенического компонента тревожности от 6 до 9 (средний показатель: 8); уровень фобического компонента от 3 до 7 (средний показатель: 4); уровень тревожной оценки перспективы от 4 до 9 (средний показатель: 7); уровень социальной реакции защиты от 1 до 6 (средний показатель: 4). На момент окончания лечения уровень эмоционального дискомфорта составлял от 2 до 5 (средний показатель: 3); уровень астенического компонента тревожности от 2 до 6 (средний показатель: 4); уровень фобического компонента от 3 до 6 (средний показатель: 5); уровень тревожной оценки перспективы от 5 до 9 (средний показатель: 7); уровень социальной реакции защиты от 3 до 5 (средний показатель: 4).

Побочные эффекты: у одной больной был побочный эффект в виде усиления головокружения, один пациент отмечал побочные эффекты в виде тошноты, сухости во рту. Некоторыми больными было отмечено повышение потоотделения.

Выводы.

1. Подтверждено, что «Ципралекс» объективно изменяет уровни тревоги и депрессии.

2. В результате лечения значительные изменения выявленные по следующим показателям невротических характеристик:

- вегетативные нарушения
- истерический тип реагирования
- астения

3. При лечении препаратом «Ципралекс» максимально положительная динамика наблюдалась при следующих эмоционально-личностных характеристиках:

- Эмоциональный дискомфорт (снижение в 2, 5 раза)
- Астенический компонент (снижение в 2 раза)

4. Таким образом, можно говорить что препарат «Ципралекс» истинно быстро снижает уровень депрессии и тревоги, способствует редукции таких показателей как:

- Астения
- Эмоциональный дискомфорт
- Вегетативные нарушения
- Истерические реакции

Abstract.

T.J. Grechko

EXPERIENCE OF APPLICATION "CIPRALEX" (ESCITALOPRAM) AT SOME VARIANTS OF ALARMING AND DEPRESSIVE DISTRESSES

Chair of psychiatry of the N.N. Burdenko Voronezh state medical academy

Experience of application of "Ciprallex" is generalized at anxiety - depressive distresses. "Ciprallex" truly quickly reduces a level of depression and anxiety, promotes a reduction of such parameters as an asthenia, emotional discomfort, vegetative infringements, Hysterical reactions.

Key words: anxiety, depression, ciprallex, escitalopram

Сведения об авторах: Гречко Татьяна Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии с нарко-логией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко. Контактный телефон: (4732)71-55-22

Т.Ю. Гречко

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОМПЛАЕНС В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИИ (обзор литературы)

Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Резюме. В статье рассмотрена проблема комплаенса при лечении психически больных. Делается вывод о необходимости комплексного решения этой проблемы с оценкой индивидуальных особенностей и возможностей каждого пациента.

Ключевые слова: комплаенс, психически больные.

Актуальность. Проблема соблюдения больными врачебных предписаний была актуальна практически всегда. По данным ВОЗ примерно половина всех хронически больных не выполняют медицинские рекомендации. Особенно остро эта проблема стоит применительно к больным с психической патологией. Несоблюдение больными врачебных назначений приводит к серьёзным последствиям и существенно снижает эффективность лечения, создаёт проблему бессмысленности разработки новых подходов к терапии каждого отдельного больного и в целом отодвигает нас в развитии далеко назад.

Понятие «комплаенс» было предложено для обозначения правильности соблюдения больным рекомендаций врача («compliance» - уступчивость, податливость). Оно описывает особенности поведения больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приёма лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования диете, ограничения вредных привычек, формирование здорового образа жизни. Но чаще всего в это понятие вкладывается смысл соблюдения больными лекарственного режима терапии. Это несколько ограничивает понимание проблемы, как со стороны больных, так и со стороны врачей и несёт оттенок патернализма. Поэтому в настоящее время используются и другие термины, обозначающие отношения между больным и врачом: «терапевтический альянс», «согласи с медицинскими рекомендациями», «приверженность терапии», «терапевтическое сотрудничество», но термин «комплаенс» остаётся одним из самых традиционных. Результатами отсутствия комплаенса в психиатрии обычно становятся следующие проблемы: значительно снижается эффективность терапии, теряется драгоценное время, врач начинает неоправданно часто менять терапевтическую тактику, что приводит к хаотичности лечения и полипрогмазии. Но самое страшное, что это приводит к обострению взаимного непонимания между врачом и больным, к потере интереса врача к больному и к снижению доверия больного к медицине вообще и к конкретному врачу в частности.

Считается, что на формирование комплаенса оказывают влияние следующие группы факторов:

- 1) связанные с пациентом;
- 2) связанные с клинической картиной заболевания;
- 3) связанные с родными и близкими;
- 4) связанные с терапевтической моделью;
- 5) связанные с социально-экономическими условиями;
- 6) связанные с врачом;
- 7) связанные с организацией оказания медицинской помощи.

1. Факторы, относящиеся к самому больному, складываются из нескольких позиций: имеющие отношение к психологическим особенностям личности больного, культуральные и религиозные особенности больного человека. Огромную роль играет внутренняя картина болезни, так как больной стремится к сотрудничеству и готов соблюдать медицинские рекомендации только при наличии осознания факта заболевания и понимания пользы лечения, которая перекрывает неудобства, связанные с ним. Принято считать, что наименьшей комплаентностью обладают пациенты с наличием анозогнозии (отрицание у себя болезни), гипознозогнозии (недооценка тяжести заболевания). У больных вне психиатрии эти модели внутренней картины болезни бывают при наличии черт психического инфантилизма, как результат усиления незрелой формы психологической защиты отрицания. В психиатрии понятия анозогнозии и гипознозогнозии очень тесно связаны с понятием критики и очень сильно влияют на терапевтическое сотрудничество. Таким образом, планируя работу с больным нужно учитывать наличие частичной или полной критики к болезни и её симптомам или её отсутствие. Личностный радикал также является важнейшим фактором, формирующим отношение к болезни. Наиболее часто нарушают предписания врача гипертимные личности с их лёгкой переключаемостью и непоследовательностью, шизоидные личности с их особым мировоззрением и паранойяльные личности с их вечным недоверием и оппозицией к медицине. Культуральные и религиозные особенности больных, связанные зачастую с особенностями их воспитания, также могут иметь большое значение для возможности установления продуктивных отношений с больным. Есть пациенты, воспринимающие болезнь как «кару небесную», «испытание», «расплату за грехи» и не стремящиеся в силу этого полноценно лечиться. Существует категория больных, относящихся к медицине крайне негативно, считающие лекарства ядом и предпочитающие не обращаться к услугам официальной медицины.

2. Клиническая картина заболевания у психически больных является зачастую определяющей в смысле прогноза комплаентности. Психически больные люди, как правило, относятся к хронически больным людям, а это всегда было фактором, способствующим снижению уровня комплаенса. Но и наличие острых

состояний в психиатрии отнюдь не является гарантией комплаенса, скорее наоборот. Таким образом, можно сделать вывод, что само наличие психического расстройства в любом его проявлении значительно снижает вероятность хорошей комплаентности у больного. Следующее, на что стоит обращать внимание, это уровень и активность продуктивной симптоматики. Чем выше уровень продуктивных проявлений (определяется по шкале BPRS), тем меньше комплаентность. Имеет значение и уровень негативной симптоматики (определяется по шкале SANS), чем больше негативные симптомы выражены у больного, тем ниже комплаентность. Кроме того, комплаенс снижают такие факторы как: частые рецидивы болезни, суицидальные и аутоагрессивные тенденции, наличие коморбидности со злоупотреблением психоактивными веществами или расстройствами личности, когнитивное снижение. Важную роль в оценке перспективы комплаентности играет и уровень социального функционирования и адаптации (определяется по шкале GAF).

3. Факторы, связанные с родными и близкими больного являются очень важными и включают следующие параметры: отношение родных к терапии (адекватное, неадекватное, отрицательное, положительное), отношение друзей к терапии, уровень социальной поддержки, включая помощь в приобретении лекарственных средств). Известно немало примеров, когда родные активно противостоят лечению, настаивают на выписке из стационара, отговаривают пациента принимать лечение дома.

4. Факторы, связанные непосредственно с терапией. Если говорить коротко, это всё, что связано с приёмом лекарств. На первом месте стоит такой фактор как наличие побочных эффектов терапии и предварительная осведомлённость о них больного. Больной должен быть предупреждён о возможности появления побочных эффектов заранее. Если побочные эффекты субъективно превышают терапевтический эффект, то комплаентность резко снижается. На втором месте – длительность терапии, чем больше длительность, тем ниже комплаенс. Ещё один важный фактор – режим приёма лекарств, удобный способ введения. Простота и удобство схемы лечения, минимальное количество лекарств и однократный или двукратный приём препаратов в удобное время, простой способ дозирования, независимость от приёма пищи и т.д. Кроме того, необходимо информировать больного о времени ожидаемого начала действия препарата. При общении с пациентом необходимо учитывать насколько охотно он соглашается на приём лекарств, имеет ли он какие-либо опасения по поводу приёма лекарств, имел ли он негативный опыт приёма препаратов и так далее.

5. Социально-экономические факторы проявляются в основном доступностью для больных лечения, возможностью приобретать за деньги, либо

получать по льготным условиям современные, качественные препараты, сочетающие высокую клиническую эффективность и безопасность.

6. Факторы, связанные с личностью врача – высокий уровень профессионализма, эмпатичность, наличие стабильного контакта с больным вне обострения, возможность доступного контакта. Лучше обстоит дело при наличии доверия, взаимоуважения и партнёрства между врачом и больным. Недопустимым является жёстко авторитарная позиция врача, менторский тон, нетерпимость, отсутствие корректной формы общения с больным.

7. Организация медицинской помощи требует определённых современных подходов. Среди них необходимо перечислить различные образовательные программы, которые способствуют получению больными информации о болезни, о способах терапии, возможных побочных эффектах и т.д.; оптимизация индивидуальной терапевтической программы (достижение лучшей переносимости терапии, подбор оптимального режима дозирования и способа введения, учёт режима дня и жизненного стиля больного); организация регулярного контакта врача и больного (регулярные диспансерные осмотры и посещения на дому); внедрение различных психотерапевтических методик, улучшающих навыки больных (поведенческая терапия), повышающих готовность больных к лечению (комплаенс-терапия, в ходе которой врач побуждает больного к обсуждению симптомов болезни, с целью повышения критики к болезни и умению распознавать ухудшение своего состояния).

Выводы. Понимая всю сложность контингента психически больных, длительность и тяжесть их терапии, нужно стремиться повышать уровень комплаентности среди них. Необходимо подходить к решению этой проблемы комплексно, привлекая по возможности все доступные на сегодняшний день средства и оценивая индивидуальные особенности и возможности каждого пациента.

Abstract.

T.J. Grechko

**THE FACTORS INFLUENCING ON COMPLIANCE
IN MODERN CONDITIONS OF PSYCHIATRY**

Chair of psychiatry of the N.N. Burdenko Voronezh state medical academy

In article the problem compliance is considered at treatment mental patients. It is judged necessity of the complex decision of this problem with an evaluation of specific features and opportunities of each patient.

Key words: compliance, mental patients.

Сведения об авторах. Гречко Татьяна Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко. Контактный телефон: (4732)71-55-22

О.Е. Девятова, О.В. Пережогина, Л.О. Пережогин
**ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ НАСИЛЬСТВЕННОЕ
РАЗЛУЧЕНИЕ С БЛИЗКИМИ: ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ
ЗАНЯТИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ГРУППЕ**

*Центр психолого-педагогической диагностики и коррекции «Крестьянская застава»
Управления образования ЮВАО г. Москвы, ФГУ «Государственный научный центр
социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» Росздрава*

Резюме. Авторами разработана программа групповых реабилитационных занятий с детьми, перенесшими насильственное разлучение с близкими (помещение в специализированное образовательное учреждение, психиатрическую клинику, похищение). Программа рассчитана на 10 занятий и адаптирована для проведения на базе центров психолого-педагогической диагностики и коррекции.

Ключевые слова: дети, подростки, психокоррекция, реабилитация, насильственное разлучение, семейная депривация.

Педагогу, психологу, социальному работнику или врачу часто приходится работать с детьми, насильно разлученными с близкими. Чаще всего это дети, изъятые из неблагополучных семей, реже – дети, помещенные в психиатрические или соматические клиники, относительно редко в коррекционные учреждения обращаются семьи, где дети перенесли похищение или его попытку, а затем возвращение в семью. В любом случае, изъятие из семьи – особая форма психической травмы, обуславливающая комплекс психопатологических и патопсихологических феноменов и требующая в дальнейшем осуществления реабилитационных мероприятий.

В отношении детей, перенесших разлучение с семьей, особенно в тех случаях, когда оно сопровождалось насилием, сексуальной эксплуатацией, принудительным трудом, необходимо осуществлять последовательную многоэтапную реабилитационную программу, в которой в процессе работы с ребенком сотрудничают специалисты различных социальных практик: врачи (прежде всего – психиатры-психотерапевты), клинические психологи, социальные работники, педагоги. В данном случае педагогам и психологам достается последняя в хронологическом порядке, но очень важная роль специалистов, завершающих реабилитационную программу. В отношении же детей, составляющих группу риска, роль педагога-психолога, осуществляющего профилактические меры, первична. К сожалению, в большинстве случаев специалисты, работающие с детьми, перенесшими разлучение с близкими, в образовательной среде, недостаточно подготовлены в области психолого-педагогических методов коррекции, чтобы действовать самостоятельно. Это приводит к необоснованному перекладыванию завершающих реабилитационных этапов на плечи врачей-психиатров (психотерапевтов), что приводит к ряду негативных последствий, в частности – явлениям госпитализма, стигматизации,

что в итоге негативно сказывается на социальном функционировании ребенка в целом.

Чтобы избежать вышеуказанных последствий, нами разработана и адаптирована к использованию специалистами социальных практик программа коррекционных мероприятий, которые могут быть использованы, в зависимости от расстановки акцентов, как в качестве профилактических, так и в качестве реабилитационных, завершающих курс восстановительной терапии. Данный цикл рассчитан на 10 занятий, проходящих с интервалом 1-2 раза в неделю в одновозрастной однополой или смешанной группе. В качестве ведущего занятий наиболее предпочтителен педагог (педагог-психолог), прошедший специальное обучение.

Базой для апробирования программы послужил Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава» Управления образования ЮВАО г. Москвы. Научно-методическое руководство осуществлялось специалистами ГНЦ Социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Росздрава.

Программа включает в себя три этапа занятий.

Прежде, чем приступить к работе, психолог, педагог, которому предстоит проводить профилактические или реабилитационные занятия в детской или подростковой группе, должен:

1. Заручиться согласием родителей (иных законных представителей) детей, которые будут заниматься в профилактической (реабилитационной) группе. Каждый родитель должен быть ознакомлен с целями групповой работы, методами работы, и дать свое информированное письменное согласие. Отсутствие такого согласия позволяет считать действия педагога противоправными и преследовать его в установленном законом порядке.

2. Выяснить пределы собственной компетенции, убедиться, что его квалификация и опыт достаточны для самостоятельной психокоррекционной работы с детьми. Желательно 1-2 цикла занятий провести при активном содействии врача-психотерапевта.

3. Обратиться за помощью к компетентным специалистам (врачу психиатру-психотерапевту, клиническим психологам) или в специализированную службу с целью предварительного отбора детей для работы в группе.

4. Пройти обучение методам работы, которые он собирается использовать в профилактической (реабилитационной) группе и (желательно) участвовать в реабилитационной работе в качестве ассистента у более опытного специалиста.

5. Хорошо представлять себе не только ход плановых реабилитационных (профилактических) мероприятий, но и возможные внештатные ситуации и пути их эффективного преодоления.

Набор группы необходимо поручить специалистам: врачу психиатру-психотерапевту, обладающему навыками групповой психотерапевтической работы, либо клиническому психологу, знакомому с приемами составления психотерапевтических групп. В любом случае, реабилитационная или профилактическая группа формируется не спонтанно.

Главное, в чем должны быть уверены психологи, приступающие к работе с группой: (1) в группе все дети психически здоровы, а если группа реабилитационная – то они уже прошли психиатрическую диагностику, а если необходимо – то и лечение, и в настоящий момент не нуждаются в специальных лечебных мероприятиях; (2) группа составлена из детей приблизительно одного возраста, равных по интеллектуальным возможностям, из единой социальной среды; (3) в группе нет детей, существенно отличающихся от других по этническим, культуральным, религиозным признакам, детей с ограниченными возможностями.

Каждый ребенок должен быть в целом адаптирован к условиям работы в коллективе, уметь общаться со сверстниками, владеть навыками чтения и письма, быть ориентированными на групповые формы работы. Перед началом работы с каждым ребенком желательно пообщаться индивидуально, гарантировать ему конфиденциальность, безопасность, защиту. При необходимости следует приглашать на индивидуальные беседы и родителей (отдельно от детей), вести с ними разъяснительную и просветительскую работу, включать в жизнь «профилактического» (по аналогии с терапевтическим) сообщества.

Следует помнить, что для детей допубертатного возраста лучше использовать однополюсные группы, для более старших – смешанные. В группе должны работать двое психологов-педагогов, идеально – мужчина и женщина. Состав группы – 8-10 человек. Оптимальная продолжительность занятия составляет 1,5-2 часа еженедельно (два раза в неделю). Стоит предусмотреть в ходе занятий перерывы, в том числе (если это необходимо) для питания. Помещение, предназначенное для работы с группой, должно быть достаточно просторным, чтобы дети могли поиграть в подвижные игры. Последнее занятие оформляется как праздник, знаменующий собой преодоление имевшихся проблем (достижение нового уровня знаний о безопасности).

На первом этапе неизбежно приходится сталкиваться с проблемами группообразования. В случае, если специалисты (врач-психотерапевт и психологи)

проделали свою работу тщательно и квалифицированно, процессы группообразования носят вполне стереотипный и легко прогнозируемый характер.

На первом занятии следует сделать такие шаги:

1. Определиться с правилами поведения в группе, установить систему поощрений и наказаний (они должны быть разумными! В группе мальчиков хорошо помогают приседания и отжимания, для девочек – чтение стихов и т.д. В более старших группах наказания должны быть одобрены группой. Ни в коем случае нельзя унижать участников реабилитационного процесса и применять насилие!).

2. Уделить внимание каждому, что повысит его самооценку и послужит формированию групповой сплоченности. Объяснить детям доступно цель групповой работы. Дать каждому возможность подчеркнуть свою индивидуальность. Продемонстрировать, что никто не будет ущемлен, обижен. Необходимо скорректировать возможные агрессивные выпады в адрес терапевта.

3. Выполнить упражнение группового рисунка. Для этого всем детям выдаются карандаши, фломастеры, они сами решают, что будут вместе рисовать, какая будет у каждого роль. Задача ведущего: ненавязчиво показать детям как лучше договариваться друг с другом; отметить для себя, какой тактики придерживается каждый ребенок в групповом общении.

На втором занятии начинается более глубокая групповая работа. В частности, следует выполнить такие упражнения, как:

1. Упражнение на осознание особенностей своего поведения. Самое простое: ребенок должен рассказать, что он представляет собой как член своей семьи, ученик своего класса, участник реабилитационной (профилактической группы).

2. Упражнения на знакомство. Участники делятся на пары, а потом берут друг у друга «блиц-интервью»: Как тебя зовут? Сколько тебе лет? С кем ты живешь? Что ты любишь делать? Кем ты хочешь стать? О чем мечтаешь? Что тебе нравится в самом себе? Что не нравится? и т.д.

3. Упражнения на групповую сплоченность. Дети обсуждают вместе или по парам где можно найти себе друзей, как найти друга (подругу), чем друзья похожи на меня, и чем отличаются, кто мой друг, как к нему относятся мои родители, учителя, знакомые, где возможная граница отношений между друзьями и т.д.

4. Провести ролевую игру, например: группа сверстников остались без взрослых (например, в летнем лагере). Возможные роли: Крутой пацан, Спортсмен, Ботаник, Любимчик, Красотка, Кукла, Зубрилка, Стервочка и т.д. Роли можно раздавать и вполне соответствующие, и противоположные типу участника

группы. Попутно придется рассказать об особенностях характера, подать пример терпимости.

На третьем занятии отрабатываются навыки вербализации собственных чувств (с целью снижения вероятности их неадекватного проявления в поведении). Необходимо уделить особое внимание преодолению неприятных чувств, таких как страх, гнев, беспомощность, одиночество; важно показать силу эмпатии, сопереживания, поддержки. Надо дать детям навык самооценки, установления связи своих чувств с поведением. Помогут следующие упражнения:

1. Дети могут рассказать, как проявляют свои чувства, например, обсудить вопросы: когда я чувствую ... я стараюсь остаться один, когда мне ... я не могу делать уроки, когда я ... то готов подарить другу самую лучшую игрушку (книгу, украшение), когда я ... я больше ем (потею, хочу в туалет) и т.д.

2. Пантомима (или вербальное представление) позитивных и негативных ситуаций (я получил пятерку; меня не пустили в кино; надо мной все смеются; у меня красивые джинсы; у меня украли деньги; я, кажется, подвернул ногу; я почему-то боюсь ...)

3. Я чувствую, что (хочу плакать, убегу, виню себя в том, что..., понимаю, что...) – коллективное обсуждение проблемы каждого.

Следует отметить, что в процессе групповой работы в каждой группе происходит определение лидеров, аутсайдеров, выстраивается довольно строгая иерархия, определяются стили взаимодействия. Эти процессы должны находиться под контролем терапевта.

Второй этап занятий - более ответственный этап, основная задача которого существенно отличается в реабилитационной и профилактической группах. В реабилитационной группе акцент ставится на причинах произошедшего и на поиске пути преодоления случившегося и окончательного размежевания с негативным образом пережитых событий; в профилактической группе акцент делается на избавлении от тех особенностей поведения, индивидуальных черт, провокативных привычек, которые способствуют повышению индекса риска.

На четвертом занятии:

В реабилитационной группе: делимся выстраданным. Дети «по секрету» могут сообщить педагогу (друг другу) что с ними произошло однажды... Можно усилить диссоциацию на уровне фантазий (однажды я видел(а) фильм, где ..., потом случилось ..., однако, к счастью ..., он(а) теперь дома, и ...). Следует прибегнуть к упражнениям, как:

1. Письмо тому, кто меня обидел. Знаешь ..., я давно хочу сказать тебе, что ... и ты ... С тех пор прошло ... многое, к счастью, изменилось. Я ... И вот теперь

я вспоминаю о случившемся ... чувствую, что ... Хочу тебе сказать ... Если мы вдруг встретимся ... и т.д.

2. Рассказ о спасении. Как-то раз ... и я заметил(а), что... вдруг ...и тогда ...Я понял(а) что теперь... Жизнь так изменилась! У меня ... и т.д.

В профилактической группе упор следует делать на формирование навыков идентификации опасности, самозащиты, умения позвать на помощь, привлечь внимание окружающих, сообщить сведения о себе. Следует обсудить такие вопросы, как: крик, что кричать, сопротивление, как больней укусить, куда бежать, кто поможет в беде, как найти милиционера (полицейского) и т.д.

На пятом занятии: в реабилитационной группе ребенок должен научиться находить поддержку от окружающих. Он должен проработать чувство вины за свои неправильные поступки, свою тревогу за те моменты, в которых ему, возможно, грозит непонимание сверстников и взрослых, найти в себе внутренние резервы для преодоления негативных событий и личностного роста. В процессе работы можно использовать:

1. Ролевую игру. Что будет, если я расскажу другу (врачу, учителю, родителям) о том, как ...Однажды я пытался рассказать ... о случившемся, и ...Следует обсудить возможное поведение взрослых, и, в частности, должностных лиц (сотрудников полиции, судьи, социального работника, учителя) в ответ на возможный рассказ о негативных событиях. Хорошо, если кто-то из детей правдоподобно сыграет взрослую роль.

2. Диалог с родителями (учителем, другом). Знаешь, когда все это случилось ... Я порой думал(а), что ... Так хотелось тебя спросить ... Можно я иногда ... Еще хочу сказать, что ...

В профилактической группе упор делается на доверии старшим (родителям, учителю, полиции) и на способности вовремя и без стеснения попросить помощи. Следует уделить особое внимание приемам взаимодействия со старшими. Как отличить в толпе среди незнакомых людей того, на чью помощь можно рассчитывать? Как выглядят честные люди? Кто может за тебя заступиться? Что скрывается за эксцентричным (чужаковатым, странным) обликом взрослых? Стоит ли доверять ... и т.д.

Ребенок (реабилитационная группа) должен пройти через этап осознания своего «возвращения», понять, что он никогда не вернется в те условия, откуда его вызволили. Он должен знать, что его никто не осудит. Можно провести следующие упражнения:

1. Что обо мне думают (друзья, родители, соседи)? Возможно, что я ...? Почему? А если все узнают, что со мной случилось? Что будет? Они подумают, что ...Почему? А если бы произошло ..., мне стало бы легче.

2. Как изменилась моя семья? Что было в семье до моего исчезновения? Что стало с семьей после того, как я вернулся домой? Что чувствует (мама, папа, бабушка, брат)? Кто больше всех рад тому, что я вернулся? Какие изменения они нашли во мне? Я изменился в лучшую (худшую) сторону? Что мне нужно изменить в своем поведении, чтобы в семье встало на свое место?

На шестом занятии: ребенок учится заботиться о себе самостоятельно – самому думать о своих проблемах в школе, принимать взвешенные решения в общении с друзьями и старшими, избегать опасных ситуаций. Ребенок должен усвоить: он достаточно взрослый, чтобы позаботиться о себе во многих вопросах, он знает свои права и права окружающих, он способен распознать опасные ситуации и готов постоять за себя, ему известно, у кого и как просить о помощи.

Помогут следующие упражнения:

1. Мне нравится в ... Дети пишут в адрес каждого участника группы, что им в нем нравится. Потом каждый может узнать, что думают о нем другие.

2. Каким я вижу самого себя? Каждый описывает себя, кто каким себе кажется. Другие дети обсуждают, что из сказанного правда. В агрессивной группе можно трансформировать игру: каким я вижу себя через два года? Учитывая субъективную важность внешности для подростков, можно всегда учесть, что за два года многое изменится к лучшему.

3. Что я должен делать, если...? Полезно провести это упражнение в форме мини-тренинга. Дети должны четко отработать стратегии безопасного поведения в угрожающих им ситуациях.

В профилактической группе этим занятиям следует отвести большую роль. Опыт показывает, что многие дети боятся закричать или оказать малейшее сопротивление, что, возможно, спасло бы их в ряде опасных ситуаций. Дети боятся обращаться за помощью к незнакомым людям, даже если их вид внушает доверие и т.д. Необходимо обучить ребенка быстро оценивать ситуацию и принимать решение. Полезно использовать набор сюжетных картинок, в том числе – вырезки из газет, журналов, картины и т.д.

Третий этап занятий готовит завершение работы в группе и формирует у детей чувство завершенности, осознания и выполнения поставленных перед группой задач. Многие дети уже использовали полученные в группе навыки для общения в своей семье, классе, с окружающими сверстниками и взрослыми, накопили определенный опыт, сделали собственные наблюдения.

На седьмом занятии следует обсудить нормы и правила поведения в различных условиях. Ребенок должен понимать, что в разных социальных, возрастных, религиозных и т.д. группах могут существовать особые стандарты поведения, под которые ему необходимо научиться подстраиваться. Ребенок

должен научиться с пользой использовать критику в свой адрес. Помогут следующие упражнения:

1. Ролевая игра на преодоление конфликта. Участники игры должны подобрать правильно «амортизирующий» агрессию путь, который позволяет при этом сохранить чувство уверенности в себе и не оскорбляет оппонента. Например: «Ну что ты такой неловкий!» - «Прости, но я и так делаю все так хорошо, как только могу. Я больше заслуживаю похвалы, а не упреков».- «За что тебя хвалить?» - «Послушай, принимай мою помощь, или обходись без нее» (перенос выбора действия на агрессора и уход от прямого отказа и конфронтации).

2. Ролевая игра на принятие критики. Участники группы учатся корректно поправлять других, если те, на их взгляд, неправы, договариваться, находить компромиссы. Например, можно использовать сюжетные картинки, фиксирующие образцы неправильного поведения. Стоит обсудить: Что здесь изображено? Почему так не стоит поступать? Ты когда-нибудь так себя ведешь? Когда? Почему? Как стоит поступить в схожей ситуации? Почему? Что испытывает ...? Почему? Что ты готов был бы сделать, окажись ты свидетелем этой ситуации? и т.д.

На восьмом занятии перед ребенком ставятся задачи целеобразования, формирования положительного образа будущего, формирование основных направлений для социальной идентификации ребенка в окружающем мире, приобретение навыков самостоятельной социальной адаптации.

Обсуждается вопрос: что будет со мной, когда я стану взрослым? Кем я стану по профессии? Что я буду уметь? Как я буду выглядеть? Сколько у меня будет детей? Как я буду относиться к людям?

Справедливым и достаточно серьезным остается вопрос проработки идентификации у детей. Многие дети пубертатного возраста обозначают идеальный образ гипермаскулинного (гиперфемининного) типа (по аналогии с рекламным слоганом: «Барби – все хотят быть похожими на нее!»). За этими образами скрываются попытки спрятать свою уязвимость, слабость, а вовсе не юношеская гиперсексуальность.

На девятом занятии речь идет о группе. Окончание групповых занятий воспринимается участниками двояко: с одной стороны – негативно (грусть расставания) с другой – положительно (завершение последнего этапа реабилитации или профилактического этапа, новое качество, новые возможности). В ходе последнего занятия важно:

1. Подчеркнуть успехи каждого в работе группы и его положительную роль;
2. Сделать акцент на плюсах завершения программы;

3. Выделить (не публично) тех участников, с кем еще придется работать.

Обязательно необходимо получить итоги обратной связи от группы. Помогут следующие упражнения:

1. Рассказ о группе. «Я чувствую ... оттого, что завершилась работа в группе. Очень трудно было ..., но для меня работа в группе стала ... Я приобрел(а) здесь друзей и ... А если бы я был(а) ведущим, то ... Хочу пожелать всем участникам группы ..., а ... и ... особенно»

2. Письмо самому дорогому члену группы. «Дорогой(ая) ...! Как здорово, что мы встретились! Здесь мы могли ... и ..., у нас были схожие проблемы, например ..., но мы теперь ... и будем ... Хочу тебе сказать на прощание: ...! Давай не будем терять друг друга!»

Конец – делу венец. Последнее занятие – веселый праздник.

Контроль за результатами реабилитационных занятий осуществляется специалистами, осуществлявшими набор группы и заранее преподносится участникам в качестве итоговой, по сути – прощальной встречи.

Выводы. Таким образом, в ходе психокоррекционных занятий психологом, педагогом могут быть решены комплексные задачи профилактики насильственного разлучения с родителями в группе риска и осуществлен завершающий этап реабилитации детей, перенесших насильственное разлучение с близкими, прошедших предварительно медицинский, включая психотерапевтический, и психологический этапы оказания помощи. Разработанная программа также успешно решает задачи по возвращению ребенка из особых условий в семью и образовательную среду.

Литература.

1. Девятова О.Е. Семейная депривация и психические расстройства у детей. М.: Барс, 2004. – 160 с.
2. Петрушин С.В. Психологический тренинг в многочисленной группе. М: Академический проект, 2000. – 228 с.
3. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. М.: Мир, 2000. – 576 с.
4. Тростанецкая Г.Н., Шипицына Л.М. Дети группы «риска». Социальные и психолого-педагогические проблемы // Дети и насилие. Материалы всероссийской научно-практической конференции. 1994. С. 28-32.
5. Yalom I. D. Theory and practice of group psychotherapy. NY.: Basic Books, 1975. 340 p.

Abstract.

О.Е. Devyatova, O.V. Perezhogina, L.O. Perezhogin

**PSYCHOCORRECTION IN REHABILITATION GROUP FOR CHILDREN, WHO
FORCIBLY SEPARATE FROM FAMILY**

Center for psychological rehabilitation and correction «Krestiyanskaya zastava», Moscow,
Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

Abstract. In the article an experience in correction and rehabilitation of children, who was forcible separated from families, is expounding. Authors descript methods of psychocorrection and some exercisings . A program of psychocorrection for psychologists and teachers has developed.

Key words: children, adolescents, psychocorrection, rehabilitation, violence, separation, family deprivation.

References.

1. Devyatova O.E. Family deprivation and menthal disorders in children. M.: Bars, 2004. – 160 p.
2. Petrushin S.V. Psychological training in big group. M: Akademicheskiiy project, 2000. – 228 p.
3. Psychotherapy of children and adolescents / Red. H. Remsmidt. M.: Mir, 2000. – 576 p.
4. Trostanetzskaya G.N., Shipitzina L.M. Group risk children. Social and psychological problems. // Deti I nasilie. Materiali vsrossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferencii, 1994. – P. 28-32.
5. Yalom I. D. Theory and practice of group psychotherapy. NY.: Basic Books, 1975. – 340 p.

Сведения об авторах: Девятова Ольга Евгеньевна – врач-психиатр, кандидат медицинских наук, руководитель лаборатории Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава» Управления образования ЮВАО г. Москвы. Электронная почта: devyolga@mail.ru

Пережогина Ольга Владимировна – врач-психиатр, кандидат медицинских наук, психиатр-консультант Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава» Управления образования ЮВАО г. Москвы. Электронная почта: dr.olga70@rambler.ru

Пережогин Лев Олегович– врач психиатр, психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник отделения Социальной психиатрии детей и подростков Отдела социальной и судебной психиатрии детей и подростков ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» Росздрава.

Адрес для переписки: Москва, 127566, ул. Бестужевых д. 21 кв. 145
Телефоны: Электронная почта: dr-lev-perezhogin@yandex.ru

*В.Ф. Друзь, В.Г. Будза, И.Н. Олейникова,
Е.Ю. Антохин, Е.Б. Чалая, Д.В. Захарченко*
**ФАКТОРЫ РИСКА ЧАСТОТЫ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ
ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

*Каф. психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО
«Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава»,
Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1*

Резюме. Проведенное исследование выявило демографический (одинокое проживание), социально-бытовые (вхождение в группу активного диспансерного наблюдения (АДН) и недостаточное материальное обеспечение), социально-психологические (состояние одиночества и нарушение взаимоотношений с опекунами и соседями) и клинические (определенные особенности синдромальных проявлений продуктивных и дефицитарных расстройств) факторы, способствующие частоте и длительности госпитализаций психически больных позднего возраста.

Ключевые слова: госпитализация, факторы риска, психически больные, поздний возраст.

Актуальность. Одним из направлений проводимой в нашей стране психиатрической реформы является перенос акцента психиатрической помощи со стационарной на амбулаторную [10,11]. По сообщению Б.А. Казаковцева [9] ежегодно число психиатрических коек сокращается на 1,5%. В связи с этим актуальной задачей становится уменьшение числа и продолжительности госпитализаций больных за счёт повышения эффективности амбулаторной психиатрической помощи. Однако решение этой задачи в геронтопсихиатрии осложняется особенностями психозов в позднем возрасте — тенденцией к затяжному течению и отягощённостью соматическими заболеваниями [20,23]. Кроме того, по мнению ряда авторов, госпитализации пожилых психически больных не всегда обусловлены обострением психического заболевания, нередко они связаны с социально-психологическими (конфликтные отношения с родственниками и соседями, одиночество и пр.) и социально-бытовыми (низкий материальный уровень, плохие жилищные условия и пр.) факторами [5,8,19,21]. Исследование клинико-социальной структуры геронтологического контингента больных психиатрического стационара, проведённое одномоментно на определённую календарную дату, показало, что среди длительно находящихся в больнице пациентов преобладали больные шизофренией и органическим поражением головного мозга экзогенной природы с хроническими галлюцинаторно-параноидными состояниями и выраженным шизофреническим или органическим дефектом, проживавших до госпитализации в одиночестве или не имевших жилья [2,17].

По данным клинико-эпидемиологических исследований большинство психически больных с выраженными психическими расстройствами проживают в

домашних условиях и наблюдаются в психоневрологическом диспансере [3,12,14]. Частота и длительность госпитализаций этих больных, а также факторы, их определяющие, специально не рассматривались.

Цель работы – определение демографических, социально-бытовых, социально-психологических и клинических факторов, обуславливающих частоту и длительность госпитализаций психически больных позднего возраста.

Материал и методы исследования. В амбулаторных и стационарных условиях обследовано 248 больных в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст – $67,1 \pm 1,9$ года), наблюдающихся на геронтопсихиатрическом участке диспансерного отделения Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1. В связи с тем, что семейный статус является важным демографическим фактором социальной адаптации [15], больные были разделены на две примерно равные группы. В первую (основную) вошли одиноко проживающие пациенты (127 человек), поскольку данный контингент относится к категории высокого риска в отношении социальной дезадаптации [1,22] и составляет 1/3 всех больных, состоящих на учете в диспансере [7,16]. Во вторую (контрольную) группу – больные, проживающие в семье (121 человек). Подбор больных проводился таким образом, что по полу, возрасту и клиническому составу группы практически не отличались. В основной группе было 95 (74,8%) женщин и 32 (25,2%) мужчины, в контрольной – 88 (72,7%) женщин и 33 (27,3%) мужчины, соотношение соответственно 3:1 и 2,7:1, средний возраст в основной группе составил $66,9 \pm 2,3$ года, в контрольной – $67,4 \pm 1,7$ года. В обеих группах преобладали больные шизофренией (F20 – 50,4% и 48,9% соответственно), так как пациентам с данной нозологической формой свойственны частые и длительные госпитализации [6]. Заметно реже наблюдались больные с сосудистыми заболеваниями (F06, F07 – 29,9% и 32,2%), еще реже – больные с эндогенными аффективными психозами (F33 – 12,6% и 13,2%), значительно реже – пациенты с экзогенно-органическими заболеваниями (F06, F07 – 5,5% и 4,1%) и психогениями (F44, F34 – 1,6% и 1,7%). Нозологический состав групп приблизительно соответствовал их долевному распределению в диспансерном контингенте больных позднего возраста в целом, не зависимо от семейного статуса. Синдромальная структура исследуемого контингента носила более гетерогенный характер, так как состояние больного в первую очередь определяет необходимость госпитализации. Преобладали больные с параноидными расстройствами (20,5% и 19,8%), остальные встречались несколько реже и примерно с одинаковой частотой: депрессивные (16,5% и 17,4%), невротические и невротические (14,2% и 14,9%), психопатоподобные (17,3% и 14,9%), апато-абулические (15,7% и 16,5%) и психоорганические (15,7% и 16,5%). В синдромальную структуру мы не включили

больных с деменциями, поскольку среди одиноких пациентов они встречались довольно редко и значительно реже, чем у больных, проживающих в семье (более чем в 4 раза). Кроме того, проблема госпитализаций данных больных имеет свои особенности, существенно отличающиеся от пациентов с другими психопатологическими состояниями, и требует отдельного рассмотрения.

Анализ частоты, продолжительности и факторов риска госпитализаций исследовался согласно рекомендациям И. Я. Гуровича и А. Б. Шмуклера [4] за последние 5 лет (с 01.01.2001 г. по 31.12.2005 г.).

Использовались клинический и социально-психологический методы. Синдромальная оценка больных проводилась с учетом критериев «Глоссария психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста» [18]. Нозологическая форма заболеваний оценивалась по критериям отечественной классификации и МКБ-10 [13]. Психиатрические данные получены путем анализа медицинской документации (истории болезни и амбулаторные карты), опроса больного и наблюдения за ним, опроса родственников больного и лечащего врача диспансера и стационара.

Поскольку важное значение для госпитализации пожилых психически больных имеет их соматическое состояние, мы исследовали его, применяя шкалу оценок, заимствованную из работы Ю. М. Данилова [5], который выделял три уровня: высокий — компенсация и субкомпенсация, средний — умеренно выраженная декомпенсация и низкий — выраженная и тяжелая декомпенсация.

Социально-психологическим методом (анкетирование, интервьюирование по специально разработанной программе больного, родственников, соседей, лечащего врача диспансера и стационара) определялись взаимоотношения пациентов с опекунами и соседями, наличие у больных состояния одиночества. Социально-бытовые данные содержали сведения об уровне образования, жилищных условиях, материальном обеспечении, трудовой деятельности, инвалидности больных, совершение ими общественно опасных действий и в связи с этим вхождение в группу активного диспансерного наблюдения (АДН).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью табличного процессора Excel-2000.

Полученные результаты и их обсуждение. Установлено, что в основной группе удельный вес госпитализированных больных был выше (70,1% и 57,9% соответственно, $p < 0,05$). Они значимо чаще госпитализировались (средняя частота $3,3 \pm 0,17$ раза против $2,2 \pm 0,14$ раза в контрольной группе, $p < 0,05$), средняя продолжительность стационарирования у них была больше ($5,7 \pm 0,12$ месяцев против $3,8 \pm 0,16$ месяцев, $p < 0,05$).

Анализ социально-бытовых и социально-психологических данных в группах показал следующее. В основной группе удельный вес больных, состоявших в группе АДН, был в 2,6 раза больше, чем в контрольной (14,9% и 5,7% соответственно, $p < 0,05$). При сравнении образовательного уровня в группах выявлены сходные тенденции: чаще всего встречались больные со средним (50,4% и 43%), реже — с низким (29,1% и 33,9%), ещё реже — с высоким (20,5% и 23,1%). При оценке жилищных условий установлено, что в обеих группах преобладали удовлетворительные условия (49,6% и 49,6%). Между тем у одиноких больных немного реже (25,2% и 28,9%) наблюдались хорошие и несколько чаще (25,2% и 21,5%) — плохие условия (различия недостоверны). Сопоставление больных по материальному обеспечению определило, что среди одиноких больных чаще встречались пациенты с низким материальным достатком (49,6% и 30,5%, $p < 0,01$) и реже — со средним (37% и 52,1%, $p < 0,05$). Больные с высоким материальным положением отмечались в обеих группах примерно с одинаковой частотой (13,4% и 17,4%, $p > 0,05$). Кроме того, больные, живущие в семье, были лучше обеспечены за счёт помощи близких. Недостаточное материальное обеспечение заставляло пациентов основной группы искать дополнительные средства к существованию, поэтому у них было в два раза больше лиц, занимавшихся трудовой деятельностью (28,3% и 13,2% соответственно, $p < 0,01$). Причём среди работающих больных в основной группе значимо чаще ($p < 0,05$) встречались инвалиды 2 группы (7,1%), чем в контрольной (1,7%). Хотя удельный вес больных с данной группой инвалидности у одиноких пациентов был почти такой же, как у больных, проживающих в семье (37% и 38%). Поэтому в основной группе была достоверно меньше доля пенсионеров по возрасту, не занимавшихся трудовой деятельностью (26% и 38% соответственно, $p < 0,05$). Различие по инвалидности 1 группы не достигает статистической значимости (15,7% и 12,4%).

Исходя из этих данных, можно было сделать парадоксальный вывод о том, что трудовая занятость способствует частым и длительным госпитализациям. Однако парадокс разрешился при анализе частоты и длительности госпитализаций больных, занимавшихся трудовой деятельностью, в обеих группах. Оказалось, что они не стационарировались за указанный период. Кроме того, выяснилось, что помимо улучшения материального обеспечения у них была и другая мотивация участия в посильной трудовой занятости: стремление к сохранению прежнего социального статуса, уменьшению и преодолению состояния одиночества. Таким образом, трудовая деятельность, повышая материальное положение и социальный статус больных, ослабляя чувство одиночества, снижала риск повторных госпитализаций.

Важную роль в социальной адаптации больных и профилактики обострений играют члены социальной сети, которые более других оказывают им социальную поддержку. Их мы назвали опекунами, включая как формальных опекунов (назначенных опекунским советом недееспособным больным), так и людей, не наделенных официальными полномочиями, но в наибольшей степени заботящихся о пациентах (неформальные опекуны). Все больные имели опекунов. В обеих группах значительно преобладали неформальные опекуны (75,6% в основной и 86% в контрольной). Однако в основной они встречались реже ($p < 0,05$). Состав их существенно отличался: в контрольной группе все опекуны были родственниками больных. В основной родственники являлись опекунами лишь в 1/3 случаев (36,2%), несколько реже опекунами были знакомые (21,3%), ещё реже больных опекали соседи (18,1%), бывшие сослуживцы (13,4%) и приятели (11%). Выделены 5 типов взаимоотношений опекунов и больных. 1. Сотрудничество — отношения опекунов с больными основываются на взаимной симпатии, опекуны постоянно заботятся о пациентах, помогая врачу в лечении и реабилитации. 2. Гиперопека — внимательные опекуны чрезмерно заботятся о больных даже в ремиссии, хотя гиперопека вызывает протест с их стороны, она не приводит к серьезным коллизиям. 3. Формальные отношения — опекуны и больные равнодушны друг к другу, периодическая забота осуществляется из чувства долга или страха общественного осуждения. 4. Прагматические отношения — опекуны, испытывая безразличие или неприязнь к больным, отвечающим им взаимностью, постоянно или периодически заботятся о пациентах из меркантильных интересов. 5. Конфликтные отношения — несмотря на обоюдную враждебность, сопровождающуюся ссорами и столкновениями, опекуны периодически заботятся о больных из чувства долга, страха общественного осуждения или меркантильных интересов. Сравнение взаимоотношений опекунов с больными выявило, что в основной группе чаще наблюдались прагматические (34,7% и 20,7%, $p < 0,05$) и конфликтные (25,9% и 11,5%, $p < 0,05$), в контрольной — гиперопека (22,3% и 10,3%, $p < 0,05$). Различия между другими типами не достигало статистической значимости. Однако в основной группе наметилась тенденция к более низкому удельному весу отношений типа сотрудничества (19,7% и 25,6% соответственно) и формальных (9,4% и 19,8%).

Другими важными членами социальной сети пожилых психически больных, особенно одиноких, взаимоотношения с которыми оказывают влияние на состояние пациентов, являются соседи. Установлено, что в основной группе реже наблюдались доброжелательные (22,8% и 38%, $p < 0,05$) и чаще — формальные (58,3% и 43,8%, $p < 0,05$) отношения. Реже и с одинаковой частотой — конфликтные (18,9% и 18,2%). Еще один важный социально-психологический

момент, ухудшающий состояние одиноко проживающих больных и провоцирующий обострение основного психического заболевания, было состояние одиночества, наблюдавшееся у 63,8% пациентов. В то время как у больных, проживающих в семье, чувство одиночества выявлено всего в 22,3% случаев ($p < 0,001$).

Анализ соматического состояния показал, что оно было лучше у больных, проживающих в семье: выше удельный вес пациентов с состояниями компенсации и субкомпенсации (47,1% и 31,5%, $p < 0,05$) и ниже с состоянием умеренно-выраженной декомпенсации (45,5% и 60,6%, $p < 0,05$), одинаковый с выраженной и тяжелой декомпенсацией (7,4% и 7,9%).

Рассматривая особенности психопатологических проявлений, мы установили, что в обеих группах чаще всего госпитализировались больные с параноидными (36,4% от всех госпитализаций одиноких и 36,2% от всех госпитализаций семейных больных) и депрессивными (21,5% и 26% соответственно) синдромами, реже — пациенты с психопатоподобными (14,9% и 17,5%) и апато-абулическими (10,8% и 14,1%), ещё реже — больные с психоорганическими (8,2% и 3,4%) и неврозоподобными (8,2% и 2,8%). Достоверные различия отмечались только между психоорганическими ($p < 0,05$) и неврозоподобными ($p < 0,01$) расстройствами. Таким образом, можно говорить о более значительной роли социально-психологических и социально-бытовых факторов в госпитализации одиноких больных с относительно негрубой психической патологией.

Определены также особенности синдромальных проявлений, способствующие частым и длительным госпитализациям. Они оказались сходными в обеих группах и встречались достоверно чаще, чем другие варианты психопатологических состояний. У больных с параноидными расстройствами — «параноид жилья», при котором бред ущерба, преследования, отравления, направленный на соседей или родственников, сопровождался агрессивным поведением (52,2% от всех госпитализаций одиноких и 53,1% от всех госпитализаций семейных больных с параноидными синдромами, $p < 0,05$); у больных с депрессивными расстройствами — тревожные, ипохондрические, параноидно окрашенные и дисфорические депрессии (70,6% и 69,6% соответственно, $p < 0,01$); у пациентов с психопатоподобными синдромами — дефекты типа возбудимых и фершробен (59,6% и 58,1%, $p < 0,05$); у больных с апато-абулическим дефектом — сочетание дефицитарных расстройств с резидуальными бредовыми, галлюцинаторными и кататоническими симптомами (55,9% и 60%, $p < 0,05$); у пациентов с психоорганическим синдромом — эксплозивный и астенический варианты данного состояния (69,2% и 66,7%,

$p < 0,01$); у больных с невротоподобными и невротическими синдромами — тревожно-ипохондрические, обсессивно-фобические, истерические и астено-депрессивные расстройства (73,1% и 80%, $p < 0,001$).

Несмотря на схожую клиническую картину, больные контрольной группы госпитализировались реже, благодаря контролю опекунов-родственников, с которыми складывались в целом сравнительно благоприятные отношения. В основном по их инициативе пациенты при рецидиве заболевания часто сразу обращались к врачу диспансера, в связи с чем, начинавшееся обострение купировалось амбулаторно или больные своевременно стационарировались. Помимо этого, пациенты контрольной группы более регулярно наблюдались у участкового психиатра и терапевта, получали более эффективную поддерживающую терапию по сравнению с одинокими больными. В больнице, благодаря поддержке опекунов и других членов семьи, лечение и реабилитация их проходили более продуктивно, что способствовало сокращению длительности стационарирования.

Между тем одинокие больные нерегулярно посещали врачей и принимали поддерживающее лечение. При ухудшении состояния они, как правило, сразу не обращались к участковому психиатру, из-за этого нередко госпитализировались по «скорой помощи». В поле зрения врача пациенты попадали чаще всего в состоянии выраженного обострения главным образом благодаря сведениям, полученным от опекунов или соседей. Следует отметить, что не всегда они были объективными. Иногда вследствие конфликтов с пациентами опекуны и соседи, информируя психиатров, бессознательно или специально увеличивали степень выраженности психических расстройств из-за неоправданного страха перед больными или личной неприязни. В период госпитализации недостаточная социальная поддержка затрудняла лечение и особенно реабилитацию больных, поэтому увеличивались сроки пребывания в стационаре. В части случаев продолжительности госпитализации способствовала перспектива возвращения из больницы в неблагоприятную социально-бытовую и социально-психологическую обстановку. Эти обстоятельства порою содействовали появлению или укреплению тенденции к развитию госпитализма.

Выводы. Таким образом, можно выделить следующие факторы риска частых и длительных госпитализаций психически больных позднего возраста: одинокое проживание; вхождение в группу АДН; недостаточное материальное обеспечение; наличие состояния одиночества; нарушение взаимоотношений с опекунами и соседями; соматическая патология в состоянии умеренно выраженной декомпенсации; определенные особенности синдромальных проявлений продуктивных и дефицитарных расстройств («параноид жилья», сопровождающийся агрессивным поведением; тревожная, ипохондрическая,

параноидно окрашенная и дисфорическая депрессии; психопатоподобный дефект типа возбудимых и фершробен; апато-абулический дефект с резидуальными продуктивными расстройствами; эксплозивный и астенический варианты психоорганического синдрома; тревожно-ипохондрические, обсессивно-фобические, истерические и астено-депрессивные невротические и невротические расстройства).

Полученные данные необходимо использовать для разработки программы профилактики частых и продолжительных госпитализаций психически больных позднего возраста.

Литература.

1. Барков И.Н. Особенности профилактики общественно опасных действий одиноких психически больных в позднем возрасте // Актуальные вопросы психиатрии. — М., 1985. — С. 58-64.
2. Виноградова Р.Н., Трифонов Е.Г., Ашуров Т.Х. Клинико-социальная структура геронтопсихиатрического контингента больных психиатрического стационара // Журн. неврологии и психиатрии. — 1995. — Т. 95, № 1. — С. 86-89.
3. Гаврилова С.И. Современные проблемы геронтопсихиатрической эпидемиологии и организации геронтопсихиатрической помощи // Журн. неврологии и психиатрии. — 1987. — Т. 87, № 8. — С. 1187-1192.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М., 2002.
5. Данилов Ю.М. Семейные отношения психически больных позднего возраста (в связи с задачами вторичной психопрофилактики). Автореф. дисс... канд. мед. наук. — Л., 1984.
6. Долгов С.А. Клинико-эпидемиологическое изучение больных с частыми госпитализациями // Профилактика нервных и психических заболеваний. — Томск, 1993. — С. 56.
7. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н. Клинико-демографическая характеристика психически больных позднего возраста геронтопсихиатрического и обычного участков диспансера // Соц. и клин. психиатрия. — 2000. — Т. 10, № 1. — С. 33-36.
8. Зозуля Т.В., Трифонов Е.Г., Телешова Е.С. Вопросы стационарной геронтопсихиатрической помощи и влияние психосоциальных факторов на частоту госпитализаций // Вопросы геронтопсихиатрии. — М., 1991. — С. 122-132.
9. Казаковцев Б.А. О психиатрической реформе // Рос. псих. журн. — 2005. — № 1. — С. 57-59.
10. Казаковцев Б.А. Организация внебольничной психиатрической помощи // Психическое здоровье. — 2008. — № 7. — С. 12-25.
11. Казаковцев Б.А. Организация внебольничной психиатрической помощи // Психическое здоровье. — 2008. — № 8. — С. 13-24.
12. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (Клинико-эпидемиологическое исследование). Автореф. дисс... докт. мед. наук. — М., 2001.
13. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — Спб., 1994.
14. Молчанова Е.К., Щирина М.Г., Дружинина и др. Результаты сплошного обследования популяции больных шизофренией старше 60 лет, находящихся на учете в Московском психоневрологическом диспансере №2 // Журн. неврологии и психиатрии. — 1975. — Т. 75, № 6. — С. 898-905.
15. Рахальский Ю.Е. Социальная психология и психиатрия // Актуальные вопросы психиатрии. — Саратов, 1973. — С. 19-27.

16. Трифонов Е.Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста. Автореф. дисс... канд. мед. наук. — М., 1990.
17. Трифонов Е.Г., Виноградова Р.Н., Бабаков В.Т., Ашуров Т.Х. К проблеме «оседания» психически больных позднего возраста в психиатрических больницах // Журн. неврологии и психиатрии. — 1996. — Т. 96, № 4. — С. 90-92.
18. Штернберг Э.Я., Молчанова Е.К., Рохлина М.А. Глоссарий психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста. М., 1971.
19. Becker T., Thornicroft G. Soziale Netzwerke und Inanspruchnahme bei Patienten mit endogenen Psychosen in Camberwell // Der Nervenarzt. — 1996. — В. 67. — S. 1 — S. 119.
20. Broun T.M., Miller H.L., Ekstrom D. et al. Hosp Community Psychiatry 1991; 42:743-745.
21. Cohen C.L., Casimir G.J. Ibid 1989; 40:741-743.
22. Fisher M., Newton C., Sainsbury E. Mental health social work observed. — London, 1999.
23. Herr B.E., Abraham H.D., Anderson W. Gen Hosp Psychiatry 1991; 13:68-70.

Abstract.

V.F. Druz, V.G. Budza, I.N. Oleynikova, E.Yu. Antokhin,

E.B. Chalaya, D.V. Zakharchenko

**RISK FACTS OF FREQUENCY AND DURATION OF HOSPITALIZATION IN
PSYCHIATRIC PATIENTS OF OLD AGE**

Chair of psychiatry and medical psychology Orenburg State Medical Academy; Orenburg
Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 1

Abstract. The investigation conducted revealed demographic (single residents), social and everyday life factors (entering a group of active dispensary observation and lack of material well-being), socio-psychological (condition of loneliness and lack of interrelations with caretakers and neighbours) and clinical (definite peculiarities of syndromal manifestations of productive and deficial disorders) factors, contributing to frequency and duration of hospitalization for psychiatric patients of an old age.

Key words: hospitalizations, risk factors, psychiatric patients, old age.

Сведения об авторах: Друзь Владимир Федорович, кандидат мед. наук, доцент кафедры психиатрии и мед. психологии. 57-21-65 (добавочный 2-21) – рабочий, Эл. почта: vfdruz@mail.ru

Будза Владимир Георгиевич, доктор мед. наук, заведующий кафедры психиатрии и мед. психологии, Заслуженный врач РФ.

Олейникова Ирина Николаевна, врач-ординатор Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1.

Антохин Евгений Юрьевич, кандидат мед. наук, ассистент кафедры психиатрии и мед. психологии.

Чалая Елена Борисовна, кандидат мед. наук, ассистент кафедры психиатрии и мед. психологии.

Захарченко Денис Валерьевич, клинический ординатор кафедры психиатрии и мед. психологии. Адрес для переписки: 460000, г. Оренбург, ул. Гая, д. 2а, кв. 43,

С.В. Корнилова

**ФАКТОРЫ РИСКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОГО
ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

*ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В. П. Сербского» Росздрава, отделение экзогенных психических расстройств*

Резюме. В статье определены факторы риска совершения противоправных агрессивных действий у больных эпилепсией. Приведена синдромальная квалификация состояния, дающая исходные данные для суждения о вероятности и тяжести потенциального общественно опасного деяния.

Ключевые слова: эпилепсия, факторы риска, агрессивное поведение

Актуальность. Факторы риска криминально-агрессивного поведения, по мнению Ф.С. Сафуанова (2003) – многогранное понятие, содержащее разнообразные аспекты криминогенности: социально-демографические показатели, качество жизни лиц с психическими расстройствами, клинические расстройства, ценности личности и т.п. К таким факторам в общем плане можно отнести и ситуативные детерминанты, обуславливающие степень психотравмирующего воздействия на личность или особенности группового межличностного взаимодействия, а также употребление психоактивных веществ. Исследование факторов риска общественно опасного поведения больных эпилепсией остается не достаточным и является актуальным из-за возросшего количества совершаемых ими правонарушений против личности.

Цель исследования - определение предикторов совершения противоправных действий больными с эпилептической болезнью путем выявления клинко-психопатологических и социально-психологических факторов совершения противоправных агрессивных актов и оценка ведущего психопатологического синдрома общественно опасного деяния у данной категории больных.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологически и клинко-динамически обследовано 148 мужчин, совершивших преступления против личности, которым был установлен диагноз эпилепсия. Анализ производился с помощью статистического пакета Statistika-5.0.

Полученные результаты и их обсуждение. С.Д.Вебстер (1997), N. Nedopil (2005) придают огромное значение социо-демографическим и клиническим факторам в предсказании риска совершения правонарушений психически больными и отмечают, что при определении факторов риска совершения повторных общественно опасных деяний необходимо учитывать в совокупности клинко-психопатологические и социально-психологические критерии. Клинико-психопатологические факторы риска совершения противоправных агрессивных действий у больных эпилепсией включают: преморбидные характерологические особенности возбудимого типа; свойственные больным с детства девиантные, с

преобладанием агрессивных, формы поведения; раннее начало заболевания; формирование в клинической картине заболевания полиморфных пароксизмальных (сумеречные и делириозные помрачения сознания, психосенсорные, психомоторные, снопоподобные, аффективные пароксизмы) и непароксизмальных (параноидные эпилептические психозы, аффективные состояния) психических расстройств; специфические личностные особенности (жестокость, властность, злопамятность, брутальность, назойливость); нарастание с течением заболевания степени агрессивности – трансформация агрессивного настроения и вербального варианта агрессивного поведения в физические и разрушительные формы с нанесением тяжелых телесных повреждений; прогрессивный и злокачественный характер заболевания; повторность, завершенность агрессивных противоправных действий против личности. К социально-психологическим факторам относятся: социальная дезадаптация в виде отсутствия работы или низкий профессиональный уровень; жилищно-бытовая неустойчивость (отсутствие определенного места жительства); конфликтные, агрессивные отношения в семье; провоцирующее поведение потерпевших из лиц ближайшего окружения; инвалидность (инвалиды детства, 1 – 2 группы); склонность к злоупотреблению алкоголя, наркотиков; повторность деяния как до, так и после начала заболевания с преобладанием правонарушений против личности; адаптация в антисоциальной среде при повторных привлечении к уголовной ответственности с игнорированием посещения психоневрологического диспансера. В клинической картине синдромальная квалификация состояния дает исходные данные для суждения о вероятности и тяжести потенциального общественно опасного деяния, поэтому оценка ведущего психопатологического синдрома является первостепенной задачей. Т.Б. Дмитриева, Ю.М. Антонян, В.В. Горинов, Б.В. Шостакович (1999, 2002) считают, что можно построить шкалу опасности психопатологических синдромов, причем она лишь частично повторяет шкалу их тяжести и глубины – на полюсе наиболее опасных располагаются синдромы расстроенного сознания с полной дезориентацией поведения при сохранности моторных функций – сумеречные расстройства сознания; на противоположном полюсе находятся астенические проявления; середину шкалы составляют галлюцинаторные, бредовые, аффективные, психопатоподобные синдромы. Известно, что опасность психически больного носит временный характер (Шостакович Б.В., 1987, 2001), текущий синдром может находиться в нейтральных отношениях с риском опасного действия или быть его причиной (Вандыш-Бубко В.В., 2000) и чем меньше в клинической картине основного синдрома продуктивной симптоматики, тем большую роль в агрессивном поведении играет личность, и особенно ситуационные факторы (Дмитриева Т.Б.,

Шостакович Б.В., 2000). С диагностической точки зрения, как считает В.В. Вандыш-Бубко с соавт. (2005), важны две основные характеристики ведущего расстройства: его структура и выраженность. У исследованных больных, признанных экспертной комиссией «невменяемыми», ведущими психопатологическими расстройствами являются психотические и дефицитарные синдромы. Психотические состояния (бред, галлюцинации, расстройства сознания, пароксизмальные состояния) – динамичны, общественная опасность этих больных обнаруживается во время психотических обострений. Дефицитарные расстройства (изменения личности, явления слабоумия) малообратимы, общественная опасность данных больных относительно стабильна. Психопатологические синдромы, связанные с потенциальной общественной опасностью, выявляются в 98% и включают среди непсихотических – психопатоподобный синдром. Свойственные больным эпилепсией обидчивость, злобность, мстительность, злопамятность, брутальность, сочетаясь с недостаточной дифференцированностью эмоциональной сферы, не позволяют им различать оттенки и нюансы поведения других лиц, а зачастую и всей ситуации в целом, что приводит к вспышкам ярости, агрессии, импульсивности поступков, которые несоразмерны вызвавшему их поводу. Недостаточная пластичность психики больных и постепенное усвоение наиболее простых, однотипных элементарных форм реагирования вне зависимости от сложности и разнообразия тех или иных ситуаций, определяет преобладание негибких форм поведения. Осознание собственной неполноценности, ущербности, а также отмечающиеся у ряда больных сензитивность, тревожность, ипохондричность затрудняют формирование коммуникативных навыков, что приводит к повышенной уязвимости, склонности к застреванию на психотравмирующих ситуациях. Ригидность мыслительных процессов, застойность аффективных переживаний определяет в ряде случаев трудности непосредственного эмоционального отреагирования на ситуацию.

В формировании изменений личности определенная роль принадлежит реакциям личности на отношение к ним окружающих, а также на осознание своей болезни и связанных с ней дефектов. В характере больных появляются также такие, не свойственные им ранее особенности, как настороженность, ощущение недовольного, недоверчивого отношения окружающих к себе, чувство ущербности и замкнутости, сензитивности, подозрительности, утраты надежды на излечение, неуверенность в себе, ипохондрические переживания. В то же время у части больных появлялись такие черты стенического типа, как непримиримость, склонность обвинять других в своих неудачах и т.д. При наличии в качестве ведущего дисфорического синдрома психическое состояние характеризуется длительным постепенно наступающим изменением настроения в сторону пониженного тоскливо-злобного, когда больные становятся угрюмыми и

раздражительными по малейшему поводу. В состоянии дисфории больные совершают агрессивные действия в отношении лиц, которые когда-либо ущемляли их интересы, вспоминают старые обиды, реализуют свои мстительные тенденции. При наличии в качестве ведущего синдрома явления эпилептического слабоумия больными усваивают подчас чисто декларативные ценности, доходящие до ханжеского следования неким абстрактным нормам конформного существования. Снижение интеллекта проявляется ослаблением познавательных процессов, сужением круга интересов, общего кругозора. Ослабление уровня обобщения приводит к установлению частных, конкретных связей, мышление становится наглядно-образным, конкретным. На первый план при наличии явлений лакунарного слабоумия выступают специфические личностные особенности в виде обидчивости, подозрительности, недоверчивости, брутальности, эксплозивности, мстительности, в части случаев – жестокости и агрессивности, склонности к аффективным взрывам. «Особое качество личности» больных эпилепсией определяет своеобразный стиль межличностных отношений, главным образом конфликтно-доминантный по инициативе больного. Эгоцентризм, нетерпимость, проявляющаяся в доминантных требованиях неукоснительного следования навязываемым устоям лицам ближайшего окружения приводит не только к эпизодическим, однотипным конфликтам, но и определяют весь образ жизни близких. Любое отклонение, а также неблагоприятное поведение, не отвечающее принципам нравственного существования, по мнению больных, решительно пресекается их вербальной агрессией и в ряде случаев нанесением телесных повреждений. У больных с нарушением когнитивных функций и утратой критики, при отсутствии способности оценивать социально-значимые особенности конкретной ситуации происходит реализация устойчивых стереотипов поведения без учета качественно различных ситуаций. При преобладании бредового синдрома агрессивные действия определяются содержанием бредовых переживаний. Психотические расстройства проявляются сочетанием бредовых идей отношения, преследования, ревности, воздействия, колдовства, порчи, связанных с конкретными лицами, сопровождающиеся злобностью, брутальностью. Действия окружающих больные расценивают как угрожающие, в речи посторонних лиц они слышат угрозы в свой адрес, намеки, насмешки. Больные бывают тревожны, охвачены своим состоянием, пытаются любыми путями расправиться со своими преследователями. Общественная опасность больных при преобладании в структуре психоза бредового синдрома определяется сочетанием в структуре психоза бредовых идей величия и преследования, иногда религиозного содержания при наличии типичной для эпилепсии злобной и вязкой аффективности. Вследствие снижения интеллектуально-мнестических функций, инертности, вязкости и тугоподвижности мышления, свойственных больным эпилепсией, бредовые идеи мало видоизменяются в дальнейшем, что является причиной совершения больными противоправных агрессивных поступков и.

следовательно, их повышенной социальной опасности. Больные с особой жестокостью и настойчивой целеустремленностью совершают агрессивные акты в отношении преследователей или лиц, которые, по их мнению, стоят на пути личных стремлений. Галлюцинаторный вариант психоза характеризуется появлением на фоне выраженного аффекта страха зрительных и слуховых обманов восприятия. Среди синдромов помрачения сознания отмечаются пароксизмальные состояния в виде сумеречного (простой и бредовой варианты), психотического дисфорического состояния, делириозного помрачения сознания с частичной амнезией перенесенного состояния и длительно сохраняющийся резидуальной симптоматикой, онейроидного помрачения сознания. Общественная опасность данных больных связана с наличием на фоне расстройства сознания достаточно полиморфной симптоматики, носящей пароксизмальный характер. Аномальное криминальное поведение в этих случаях связано с наличием психотического состояния в момент содеянного, что делает больных в тот момент общественно опасными. У подэкспертных, признанных «ограниченно» вменяемыми, большее значение имеют свойственные им личностные расстройства, являющиеся ведущим психопатологическим синдромом, которые в сочетании с повышенной чувствительностью в определенных ситуациях, приобретающих провоцирующий характер, обуславливают готовность к агрессивным действиям. При формально правильно воспринимаемых ситуативных обстоятельствах неадекватное, чрезмерное эмоциональное отреагирование было связано со свойственными больным эпилепсией личностными особенностями, дисфорическими состояниями. В 78,6% случаев у больных эпилепсией, признанных «ограниченно вменяемыми» преобладает психопатоподобный синдром. Выявляемые у данной категории больных такие личностные особенности, как аффективная заряженность, выражающаяся в сочетании аффективной вязкости и склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательных, деталях, с одной стороны, и эксплозивности, аффективной взрывчатости, импульсивности с большой силой аффективного разряда – с другой, а также ригидность, негибкость поведения, мстительность, обидчивость, эгоцентризм, повышенная требовательность к окружающим, непримиримость, склонность обвинять других в своих неудачах оказывали существенное влияние на их способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Во время общественно опасного поведения у обследуемых лиц актуализируется личностная диспозиция на фоне снижения подвижности и гибкости психических процессов, ригидности в отстаивании собственных позиций, постоянной готовности к агрессивным действиям по отношению к обидчикам, застойность эмоционально насыщенных переживаний. У других обследуемых усугубление специфической, характерной для эпилептического процесса личностной патологии с наличием аффективной логики с представлением об ущемлении в правах на фоне мстительности, обидчивости, эгоцентризма, подозрительности, тревожности,

повышенной требовательности проявляется в условиях исключительно конфликтной психогенно-травмирующей ситуации. Эмоциональное состояние в момент совершения агрессивных действий характеризуется повышенной раздражительностью, злобой, оскорбленным самолюбием, желанием отомстить. Неадекватная самооценка, плохое понимание мотивов поступков и эмоций других людей, склонность к формированию трудно корригируемых суждений, сниженная способность к планированию своих поступков и прогнозированию их последствий ограничивает способность в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими в момент деяния. В силу имеющихся у испытуемых личностных особенностей, свойственных эпилепсии, они не могут в полной мере осмыслить криминальную ситуацию, оценить свою роль в ней, определить выбор поведения, конкретное решение проблем, связанных с ситуацией. Дисфорический синдром, не доходящий до психотического уровня, характеризуется внезапностью возникновения беспричинного стойкого аффекта злобы, агрессии, гнева на фоне тоскливого настроения с усугублением личностных особенностей в виде напряженности и застойности аффекта, брутальности, что в совокупности приводит к снижению волевого контроля с недостаточностью прогноза. Агрессивные действия обследуемых, обусловленные дисфорическим состоянием на фоне алкогольного опьянения, носят импульсивный характер с направлением вектора агрессии не только на «обидчика», но и на других людей, оказавшихся рядом. При этом «эмоциональный ответ» бывает избыточен без достаточного уровня критичности и прогноза последствий. Наличие когнитивных нарушений характеризуется поверхностностью и легковесностью суждений, некоторой внушаемостью, робостью, зависимостью от внешних оценок, психической заторможенностью, обусловленной замедленностью и инертностью психических процессов, некоторым снижением памяти, в тоже время раздражительностью, непоседливостью, неспособностью правильно реагировать и контролировать свои действия в момент общественно опасного деяния. Синдром расстройства влечений у лиц, признанных «ограниченно вменяемыми», проявляется выраженным эгоцентризмом, «изошренной» агрессивностью, внутренней напряженностью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям на фоне замкнутости, малообщительности, что сочетается с психическим инфантилизмом со склонностью к фиксации и накоплению отрицательных переживаний с понижением ресурсов волевой регуляции поведения.

Выводы. Комплексная оценка приведенных в работе клинко-психопатологических и социально-психологических факторов способствует предсказанию риска совершения противоправных первичных и повторных агрессивных действий у больных эпилепсией. Факторы риска криминальных действий больных, страдающих эпилепсией, в значительной мере связаны именно с психическими расстройствами, патогномичными для данной болезни: пароксизмальные расстройства с эпизодами помраченного сознания,

шизофреноподобная симптоматика, специфические личностные особенности в разной степени выраженности, дисфорические состояния, явления эпилептического слабоумия.

Литература

1. Дмитриева Т.Б., Антонян Ю.М., Горинов В.В., Шостакович Б.В. Психопатологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – М., 1999. – С. 4-12.
2. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Агрессия и психическое здоровье. – С-Пб.: Юридич. центр Пресс, 2002. – 450 с.
3. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М.: Смысл, 2003. – С. 226-230.
4. Nedopil N. Prognosen in der Forensischen Psychiatrie – Ein Handbuch für die Praxis, 2005. – p. 16.
5. Webster C. D. & Jackson M. (Eds.). Impulsivity: Theory, assessment, and treatment. – New York: Guilford, 1997.

Abstract.

S.V. Kornilova

**RISK FACTORS OF SOCIALLY DANGEROUS BEHAVIOUR
OF PATIENTS EPILEPSY**

The Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Department of exogenous mental disorders, Moscow, Russia

In clause risk factors of fulfilment of illegal aggressive actions at patients epilepsy are certain. Qualification of the condition, giving initial data for judgement about probability and weight of potential socially dangerous act is resulted of syndromes.

Key words: epilepsies, the risk factors, aggressive behavior, primary syndrome.

References.

1. Dmitrieva T.B., Antonyan Y.M., Gorinov V.V., Shostakovich B.V. Psychopathological and criminalis aspects aggressive behavior persons with mental frustration // The Russian psychiatric magazine.-, 1999. – P. 4-12.
2. Dmitrieva T.B., Shostakovich B.V. Aggression and mental health. – St.-Petersburg: the Legal center of Press, 2002. – 450 p.
3. Safyanov F.S. Psycholog of criminal aggression.-M.: Sense, 2003. – P. 226-230.
4. Nedopil N. Prognosen in der Forensischen Psychiatrie – Ein Handbuch für die Praxis, 2005. – P. 16.
5. Webster D. and Jackson M. (Eds.) Impulsivity: Theory, assessment, and treatment. – New York: Guilford, 1997.

Сведения об авторах: Корнилова Светлана Викторовна, кандидат медицинских наук ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», отделение экзогенных психических расстройств, научный сотрудник, г. Москва, Кропоткинский переулок, 23, индекс 119992, 673-16-13, sveta-korn@mail.ru

М.В. Ларских, С.В. Ларских
**ТРЕНИНГ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО
ПЕРФЕКЦИОНИЗМА**

Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер

Резюме. Дисфункциональный перфекционизм имеет тесную связь с различными патопсихологическими состояниями. Целью настоящего исследования является оценка эффективности тренинга по коррекции перфекционизма. В результате психокоррекции удалось снизить некоторые показатели перфекционизма и повысить адаптационные способности.

Ключевые слова: коррекция перфекционизма, эмоциональное выгорание, тревожность.

Актуальность. Перфекционизм является широко дискутируемой проблемой, которая последнее время активно изучается как за рубежом так и в России. Многие исследования связывают перфекционизм с тревожностью, различной психосоматической симптоматикой и суицидальным риском, эмоциональном выгорании личности [4]. Люди с высоким уровнем перфекционизма не удовлетворены своей жизнью, имеют повышенный уровень ригидности и высокий уровень стресса, панически боятся неуспеха и демонстрируют избегающее поведение. Другие авторы отмечают связь перфекционизма с алкогольной зависимостью, пассивностью, тенденцией выбирать слишком сложные и нереалистичные цели, постоянным плохим настроением [4].

На первое место в причинах возникновения перфекционизма большинство исследователей занимающихся данной проблематикой, ставят иррациональное, дихотомическое мышление, склонность к чрезмерным обобщениям и безальтернативность суждений [5]. Исходя из этого, предполагается, что развитие критического мышления при оценке иррациональных идей, являющихся возбудителем когнитивных и эмоциональных расстройств помогут модифицировать и минимизировать перфекционистские тенденции личности.

Материал и методы исследования. В исследование были включены группа пациентов отделения неврозов в количестве 13 женщин в возрасте от 30 до 47 лет (средний возраст 38 лет), с диагнозом F4, без выраженной органической патологии и текущих острых соматических заболеваний. Все испытуемые впервые лежат в отделении неврозов, имеют высшее педагогическое образование, в настоящее время работают в различных сферах народного образования, состоят в браке 11 (84,6%), одиноки/разведены 2 (15, 4), все испытуемые имеют детей. Все испытуемые из данной группы при обсуждении причин нахождения в стационаре жаловались на проблемы, конфликты, хроническую усталость на работе. При

предварительном тестировании у всей группы отмечался высокий показатель уровня эмоционального выгорания и высокие показатели перфекционизма.

Испытуемые обследовались два раза, до тренинга и сразу же после тренинга следующими тестами- ММР1-555, русскоязычный вариант Multidimensional perfectionism scale (многомерной шкалы перфекционизма) адаптированный Грачевой И.И [1], опросник перфекционизма Гаранян и Холмогоровой

Полученные результаты и их обсуждение. С испытуемыми был проведен 5 недельный тренинг, направленный на коррекцию перфекционизма. В тренинге использовался интегративный подход, включающий в себя когнитивно-поведенческую, гуманистическую и психодинамическую психокоррекцию [3]. Тренинг состоял из 6 блоков, которые включают:

1 блок – информационно-мотивирующее занятие на котором участники тренинга познакомились с результатами тестирования, ставили определенные цели и личные задачи на время тренинга, изучали нормы и правила тренинга.

2–5 блоки включали в себя как когнитивные задачи (изменение негативной установки по отношению к эмоциям, развитие навыков рефлексии, дифференцировки различных эмоций в гамме чувств, обучение к способности остановки, фиксации и объективации автоматических мыслей, работа с убеждениями, с мыслительными искажениями, исследование источников убеждений, выработка новых убеждений и отработка новых поведенческих навыков), так и психодинамические (создание атмосферы доверия, безопасности, принятие ответственности за изменения, работа с сопротивлением и переносом, анализ семейного контекста, выявление семейных сценариев, семейных мифов и ценностей, проработка детского психотравмирующего опыта, установление отношений между актуальными проблемами и семейным контекстом). Тренинг также включал в себя различные домашние задания (ведение дневника эмоций, автоматических мыслей, достижение целей, погружение в противоположное поведение).

6 блок – заключительный, на котором подводились итоги тренинга, удовлетворенность прогрессом, результатом, степенью достижения цели, обсуждаются новые убеждения, новые поведенческие стратегии и навыки.

В результате проведения вышеописанных психокоррекционных мероприятий было выявлено снижение среднего общего уровня перфекционизма измеренного по шкале MPS-H и по опроснику Гаранян. Из всех показателей перфекционизма больше всего снизились показатели перфекционизма, тестирующего повышенные требования к себе, высокие стандарты деятельности, а также когнитивные показатели перфекционизма (мышление по типу- «все или ничего»). Практически неизменными остались показатели перфекционизма, тестирующие социально-

предписанный перфекционизм и восприятие других людей, как делегирующих высокие ожидания (см. таблицу).

Таблица.

Показатели перфекционизма до и после тренинга по используемым шкалам

Показатели перфекционизма	До тренинга		После тренинга	
	М	SD	М	SD
Перфек. по отношению к себе	61	5,6	45	3,4
Перфекционизм направленный на других	60	9,2	53	4,5
соц. предписанный перфекционизм	58	5,4	57	4,3
общий перфекционизм по шкале MPS-H	180	5,6	155	4,7
восприятие других как делиг. выс. ожидания	17	2,1	17	3,7
повышенные требования к себе	10	2,3	5	1,6
высокие станд. деятельности	13	1,7	7	2,4
селекция информации о неудачах	12	0,85	10	1,8
полярность мышления	11	1,4	6	2,7
общий по опроснику Гаранян	63	3,78	45	5,65

Примечание: М – среднее значения показателей перфекционизма; SD – стандартное отклонение

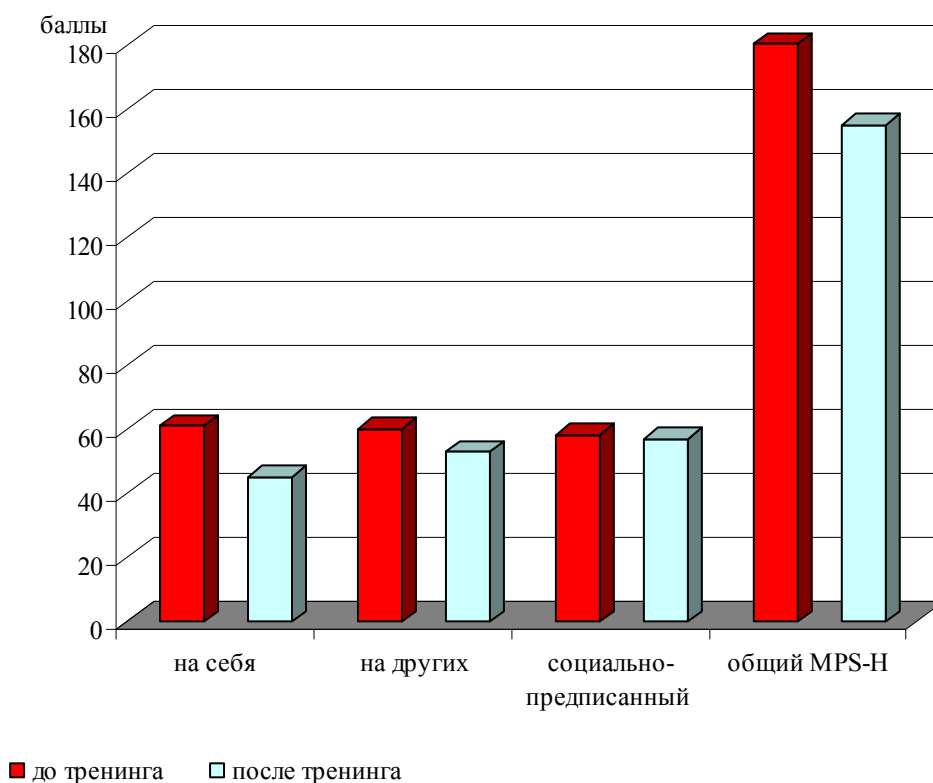


Рис. 1 Изменения уровня перфекционизма после тренинга, измерения по шкале MPS-H

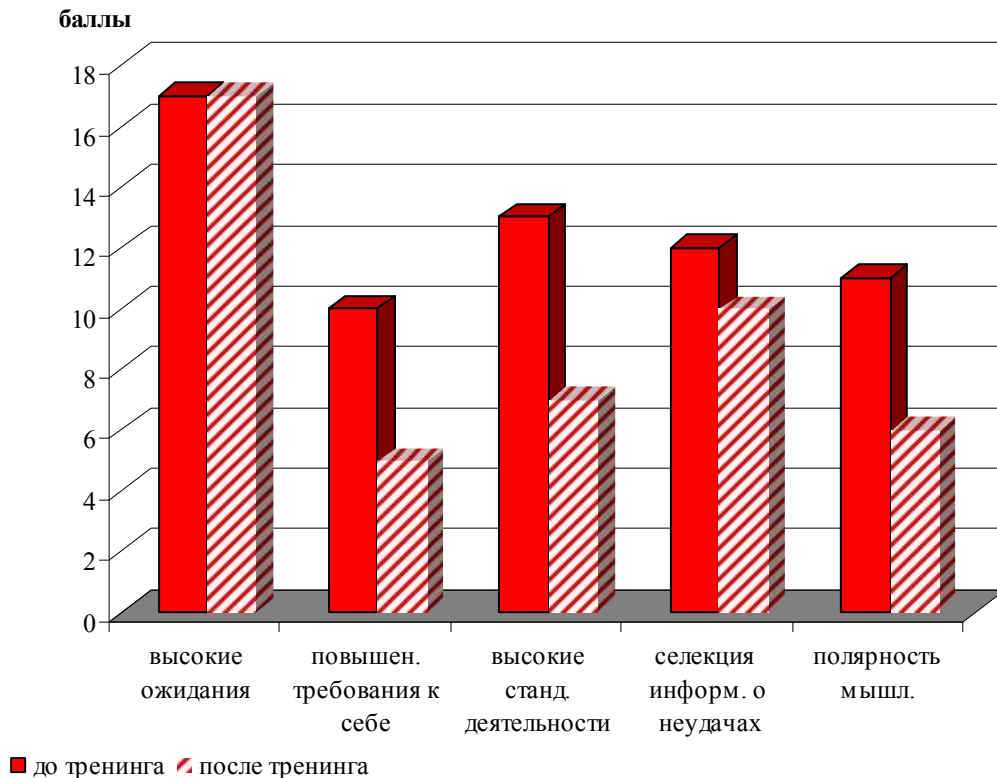


Рис. 1 Изменения уровня перфекционизма после тренинга, согласно опроснику Гараян

Графики личности испытуемых, участвующих в тренинге (опросник ММРІ-556) до тренинга имели плавающих характер, что свидетельствует о состоянии общего стресса, в котором задействованы различные защитные механизмы, направленные на нивелировку дезадаптации. У всех испытуемых были повышены шкалы «ригидность» (склонность к застреванию на отрицательных эмоциях), «депрессивность» (снижение настроения, пессимистичность), «тревожность» (тенденция к постоянным сомнениям). В результате тренинга, усредненный график личности испытуемый имеет линейный характер, со снижением как по невротическим шкалам, так и по шкалам, характеризующихся стенические черты . В тоже же время, у всех испытуемых имеет место умеренно-выраженное повышение шкалы К, что свидетельствует об повышении самопонимания, самопринятия испытуемых, и как следствие, повышение социальной адаптации.

Выводы.

Несмотря на то, что перфекционизм является устойчивой чертой личности, в результате интеграционного тренинга степень перфекционизма может быть уменьшена.

Наиболее резистентными к психокоррекции являются показатели перфекционизма, связанные с нереалистичными родительскими ожиданиями,

высоким уровнем критики, давлением и контролем в родительской семье (рис. 1, 2).

В процессе психокоррекции изменились когнитивные показатели перфекционизма, снизились нереалистические перфекционистские стандарты по отношению к себе. Общие показатели перфекционизма приблизились к показателям здоровых испытуемых.

По результатам опросника ММП1-556, в результате поведения и тренинга повысилась способность испытуемых к рефлексии, самопониманию и самопринятию, увеличился уровень оптимизма и спонтанности, снизился уровень тревожности и сомнений в собственных действиях, увеличилась способность к социальной адаптации.

Литература.

1. Грачева И.И. Адаптация методики «многомерная шкала перфекционизма «П.Хьюитта и Г. Флетта // Психологический журнал, том 27, №6, 2006, с.73-81.
2. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММП1-556//М.:Б.и., 1971.63 стр.
3. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интегративная психотерапия тревожно-депрессивных расстройств// Московский психотерапевтический журнал.-1996.-№3.-С.141-163.
4. Юдеева Т.Ю. Феноменология перфекционизма в современных клиничко-психологических исследованиях. В сб. : Материалы конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства».-М., 2003.-с.184р
5. Hewitt P., Flett G. Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression : A test of the specific vulnerability hypothesis // J Abnorm Psychol- 1993-vol.102-№1-pp58-65.

Abstract.

M.V. Larskih, S.V. Larskih

TRAINING OF CORRECTION OF DISFUNCTIONAL PERFECTIONISM

Voronezh regional psychoneurologic clinic

Disfunctional perfectionism has close connection with various psychic conditions. The purpose of the present research is the estimation of efficiency of training on perfectionism correction. In result correction it was possible to lower some parameters perfectionism and to increase adaptable abilities.

Key words: perfectionism correction, emotional burning out, uneasiness.

References.

1. Graceva I.I. Adaptation of scale «Multivariate scale perfectionism « P. Hjuitt and G.Flett»» // Psychological magazine. – 2006. – Vol. 27, №6. – P.73-81.
2. Sobchik L.N. Grant on application of psychological technique MMPI-556. – 1971. – 63 p.
3. Holmogorova A.B., Garanyan N.G. Integrative psychotherapy of disturbing-depressive frustration // Mosc. Psychother. Magaz. – 1996. – № 3. –P.141-163.
4. Yudeeva T.Y. Phenomenology of perfectionism in modern researches. In: Mater. of conf. «Affective and Schizo affective disorders». – 2003. – 184 p.
5. Hewitt P., Flett G. Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression : A test of the specific vulnerability hypothesis // J. Abnorm. Psychol. – 1993. – Vol.102. – №1. – P.58-65.

А.Г. Макарова, В.А. Борисов

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ
В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

*Каф. физиотерапии и курортологии ИПМО ГОУ ВПО им. Н.Н. Бурденко Росздрава,
ООО «Клинический санаторий имени Горького»*

Резюме. В статье представлены основные подходы к решению задачи восстановления качества жизни больных после инфаркта миокарда в рамках психосоматического и патогенетического личностно-ориентированного подхода. Обозначены психотерапевтические «мишени» и методология.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, восстановительное лечение, реабилитация, системный подход, психотерапия, адаптация, качество жизни.

Актуальность проблемы улучшения качества и продления жизни больных, перенесших острый инфаркт, в настоящее время не теряет своего значения, а только возрастает. Несмотря на прогрессивное улучшение медицинских и фармакологических средств лечения коронарных заболеваний, качество жизни больных не соответствует ожиданиям. Считается, что недостаточно учитывается роль личностного и социального факторов в природе этих заболеваний. В процессе восстановительного лечения больных после инфаркта проявляются психологические проблемы, отягощающие заболевание и обусловленные в немалой степени коморбидностью с психическими и личностными расстройствами. Эти расстройства нередко предшествуют инфаркту, но выявляются, когда заболевание случилось и больной попадает в поле зрения психотерапевта на санаторном этапе долечивания. С другой стороны, само заболевание является стрессором и вызывает реакцию личности на болезнь, которая, будучи патологической, также ухудшает психосоматическое состояние больного. Поэтому необходимо прояснение внутренней картины болезни, установок, системы ценностных и мотивационных предпочтений.

Первоочередными и основными психотерапевтическими задачами являются облегчение психического и психологического состояния поступающих в отделение долечивания больных, выявление патологических реакций на болезнь и их купирование. Не менее важна задача формирования правильных саногенных установок и создание мотивации к адекватному поведению в рамках необходимого для качества образа жизни. Цели и задачи подчинены решению главной проблемы – эффективной адаптации больных, перенесших острый инфаркт, профилактике рецидивов, ресоциализации, повышению качества и продолжительности жизни.

К цели улучшения качества жизни больных после перенесенного острого инфаркта миокарда позволяет приблизиться системный подход, опирающийся на принципы восстановительной медицины. Современная ориентация санатория на модель восстановительной медицины, определяет подходы к больному, как личности, участвующей в процессе. В качестве методологической базы психотерапевтических мероприятий приняты концепции: психосоматических зависимостей, адаптивности и адаптации, психологии здоровья, патогенетической личностно-ориентированной психотерапии, когнитивной и поведенческой психотерапии. Психосоматический подход охватывает проблемы внутренней картины здоровья, конверсионных, соматогенных, соматизированных психических и ипохондрических расстройств, реакций личности на болезнь. Принципы восстановительной медицины, как современного научного и практического направления, ориентируют на комплексный подход в организации реабилитационных и лечебных мероприятий. Таковым, собственно, он в санатории и является: физиотерапия, лечебная физкультура, рациональное и диетическое питание, фармакотерапия, психотерапия представляют комплекс лечения. И, немаловажно то, что в этот период больной находится в тех условиях, которые не только и комфортны, но и благоприятны в плане решения поставленных психотерапевтических задач. Идеально применим в условиях санатория один из основных принципов восстановительной медицины – управление саногенетическими реакциями путем применения немедикаментозных технологий воздействия на организм человека. В ряду немедикаментозных технологий психотерапии принадлежит роль в реорганизации и гармонизации системы отношений личности больного применительно к его актуальному состоянию, с учетом индивидуальности и в целях адаптации. Этому соответствует используемая в качестве основного направления патогенетическая личностно-ориентированная психотерапия. В рамки патогенетического личностно-ориентированного подхода хорошо интегрируются технологии и техники когнитивной, поведенческой, рациональной, суггестивной психотерапии. Опираясь на теорию психогенеза психосоматических расстройств, в качестве психотравмирующего фактора можно рассматривать и само заболевание острым инфарктом миокарда. В остром и подостром периоде заболевания преобладает реакция личности на болезнь, проявления которой различается по степени от скрытых проявлений или скрывааемых пациентами по различным субъективным причинам, до выраженных – тревожных, депрессивных, ипохондрических с «уходом в болезнь». Заметно чаще в настоящее время встречается анозогнозия, как стремление «уйти от болезни» через ее отрицание. Тяжесть и степень болезненных реакций зависят от ряда причин, из которых наиболее значимы

обусловленные личностным радикалом, полнотой внутренней картины болезни, социальными факторами (возраст, пол, профессия, социальное положение). Причинами развития патологических реакций на болезнь являются недостаточная информированность об этиопатогенезе и психогенезе заболевания, недопонимание роли личности самого больного в восстановительном лечении, его ответственности в лечебном процессе, недооценка психологического состояния, отсутствие мотивации к активному участию в лечении. Роль психического и психогенного в развитии этого заболевания в настоящее время не подлежит сомнению. Как правило, заболевание инфарктом развивается на фоне перенапряжения и истощения ресурсов системы адаптации личности от происходящих жизненных кризисов и стрессов. Психическая травма, острая или хроническая, часто присутствует в генезе острого инфаркта миокарда и «звучит» в жалобах при целенаправленном опросе. Само возникновение этого заболевания свидетельствует, по мнению некоторых ученых, о слабости психологических защит и истощении адаптационных систем. Существенную роль играет преморбидный фон или индивидуально-психологические особенности личности, способствующие возникновению психосоматического заболевания. Главным в формировании психосоматического заболевания качеством является личностная деформация, «которая обуславливает затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психологического реагирования, становление хронизированного эмоционального напряжения». Среди лиц, поступающих в санаторий на восстановительное лечение в отделение долечивания, высвечивается, как в срезе общества, отмечаемая многими специалистами невротизация и психопатизация населения, обусловленная социальным дистрессом, хроническим эмоциональным и нервным напряжением, которая проявляется эмоциональными и поведенческими нарушениями, расстройствами адаптации. Стресс с одной стороны является одной из причин возникшего кардиологического заболевания, с другой стороны затрудняет адаптацию. Коморбидность с невротическими и личностными расстройствами является отягощающим фактором. Так, общеизвестна печальная статистика высокого риска летальности при коморбидности инфаркта и депрессивного расстройства. И статистика и практика свидетельствуют, что необходима психотерапия, реабилитация с учетом личностных особенностей, актуального психологического состояния. Выявление и коррекция личностных реакций, создание адекватной внутренней картины болезни и мотивации являются залогом последующего качества жизни и эффективной реабилитации.

Выводы

1. Включение психотерапии в систему лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий является необходимостью, обусловленной

концепциями психосоматической и восстановительной медицины, современными подходами и тенденциями в системе восстановления качества здоровья и качества жизни, больных после инфаркта.

2. Первичная и вторичная профилактика психосоматических заболеваний возможна при интеграции медицинских направлений, системном и комплексном подходе, учете всех составляющих этиопатогенеза и психогенеза для поиска методов и методик, включая психотерапевтические, создания наиболее целесообразных и высокоэффективных комплексных программ восстановления здоровья после инфаркта и профилактики кардиологических заболеваний.

3. Необходимы просвещение и образовательные программы, как для врачей, так и для пациентов, в том числе потенциальных, ликвидирующие когнитивный дефицит относительно природы психосоматических заболеваний и возможностях их профилактики посредством гигиенических мероприятий и образа жизни, своевременного разрешения конфликтов психологическими методами. Повышение уровня психологической культуры необходимо в целях первичной профилактики кардиологических и других психосоматических заболеваний.

Abstract.

A.G.Makarova, B.A. Borisov

**PRESSING QUESTIONS OF APPLICATION OF THE PSYCHOTHERAPY IN
REGENERATIVE TREATMENT OF CARDIOLOGICAL PATIENTS IN
SANATORIUM CONDITIONS**

Dep. physiotherapies and balneology N.N. Burdenko Voronezh state medical academy, Gorky
Clinical sanatorium

In article the basic approaches to the decision of a problem of regeneration of quality of life of patients after a myocardial infarction are submitted within the framework of psychosomatic and pathogenetic personally - guided the approach. Psychotherapeutic "targets" and methodology are designated.

Key words: an acute myocardial infarction, regenerative treatment, an aftertreatment, the systemic approach, a psychotherapy, acclimatization, quality of life.

Сведения об авторах: Борисов Вячеслав Алексеевич ИПМО ГОУ ВПО им. Н.Н. Бурденко Росздрава, кафедра физиотерапии и курортологии, профессор, заведующий кафедрой ООО «Клинический санаторий имени Горького» Главный врач т. раб. 53-58-95

Макарова Алиса Григорьевна «ООО» Клинический санаторий имени Горького» Врач-психотерапевт высшей категории

С.П. Маркин, В.А. Маркина
РАССТРОЙСТВА СНА И ДЕПРЕССИЯ

Клинический санаторий им. Горького

Резюме. Расстройства сна являются облигатным признаком депрессии. При депрессивных расстройствах нарушения сна достигают 100% случаев, что объясняется едиными патогенетическими механизмами нарушения сна и депрессии (нарушение обмена серотонина). Поэтому лечение расстройств сна при депрессии целесообразно проводить антидепрессантами в сочетании со снотворными средствами.

Ключевые слова: депрессия, нарушение сна, антидепрессанты

Актуальность. В последние годы во всем мире отмечается увеличение частоты аффективных расстройств (5–10% против 0,4–0,8% в начале 80-х годов прошлого века). При этом 10% (в ближайшей перспективе около 15%) экономических затрат, которые несет общество в связи с различными болезнями, обусловлено именно психическими заболеваниями и их последствиями [5].

Среди психической патологии резко увеличилась доля депрессий. Депрессия (от лат. подавление) характеризуется патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой самого себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессия («психический насморк») встречается в 2,5–5% случаев. Однако в настоящее время отмечается тенденция к росту данной патологии. Так, по данным ВОЗ, к 2020 году депрессия займет второе место среди причин инвалидности (15% вклада) после ишемической болезни сердца. Недаром 20 лет назад было предсказано наступления «века меланхолии» (Hagnell O. et al., 1982).

Депрессивные расстройства в 1,5 раза чаще выявляются среди женщин, чем среди мужчин (средний возраст от 30 до 40 лет). Распространенность депрессии увеличивается с возрастом (в среднем в 1,2–1,4 раза каждые 10 лет). Частота депрессивных расстройств особенно высока у пациентов, имеющих инвалидность. Инвалидность, в первую очередь, изменяет социальное положение больного и выдвигает перед ним ряд проблем:

- приспособление к дефекту;
- изменение профессии и др.

Так, например, при первой группе инвалидности депрессия достигает 64,7% случаев. Депрессия является одним из дорогостоящих заболеваний. В частности, в США прямые затраты на лечение депрессии составляют 6 млрд. долларов год, а непрямые – 40 млрд. долларов.

Следует отметить, что при истинной депрессии ухудшение настроения носит стойкий характер (сохраняется на протяжении 2 недель и более). Ниже представлены диагностические признаки депрессии (МКБ-10):

I. Основные признаки:

- сниженное настроение в течение 2 недель и более;
- утрата прежних интересов или способности испытывать удовольствие;
- снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности.

II. Дополнительные признаки:

- снижение способности к сосредоточению внимания;
- снижение самооценки и чувства уверенности в себе;
- идеи виновности и самоуничижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- суицидальные идеи или действия;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

Критерии диагностики депрессии:

- легкая – как минимум 2 из 3 основных и 2 из 7 дополнительных признаков;
- умеренная – как минимум 2 из 3 основных и 4 из 7 дополнительных признаков;
- тяжелая – все 3 основных и не менее 5 из 7 дополнительных признаков.

Легкая (астеногипотимическая, дисбулическая, астеноипохондрическая) депрессия характеризуется снижением общего тонуса с преобладанием расстройств сна, аппетита, неприятных телесных ощущений;

Умеренно выраженная депрессия (тревожная, тоскливая, тоскливо-тревожная, тревожно-ипохондрическая) характеризуется снижением настроения (печаль, тревога, пессимистическая направленность мышления) в сочетании с соматовегетативными расстройствами;

Тяжелая депрессия (депрессия с бредом, депрессивный ступор, анестетическая, стойкая тоскливая) характеризуется выраженным депрессивным аффектом (тоска, тревога, апатия), суицидальными мыслями и поступками, депрессивным бредом самообвинения.

Ключевые патогенетические механизмы депрессии, прежде всего, связаны с функциональным дефицитом серотонинергической системы («серотониновая» гипотеза депрессии Van Praag, 1982). Для депрессии характерно рецидивирующее течение. Так, более чем в 85% случаев наблюдаются повторные депрессии (в

среднем 3 эпизода длительностью 2,5 месяца), а в 10% их число достигает 10 и более.

Помимо подавленного настроения у пациентов с депрессией в 4-6 раз повышается риск осложнений и летального исхода при тяжелых соматических заболеваниях, опасность неадекватного поведения в болезни (передозировка или, наоборот, резкая отмена лекарств (некомплаентность)), а также снижаются адаптационные возможности пациента и его «качество жизни» (18,1-52,3% вклада).

В настоящее время депрессию сравнивают с «айсбергом» (Wulf E., 1978). Лишь 20% депрессивных расстройств имеют выраженные формы (вершина айсберга), распознавание которых для психиатра не представляет особого труда. Однако большинство депрессий («стертые формы») помещаются в более глубоких зонах «айсберга». При этом количество больных, которые никогда не консультировались у врача, неизвестно. Вследствие этого при депрессии наблюдается высокий риск самоубийств (основная доля в возрасте от 15 до 34 лет). В России число суицидов составляет 36-38 случаев на 100 тысяч населения (в мире аналогичный показатель равен 14,5). Критический уровень частоты суицидов, установленный ВОЗ, составляет 20 на 100 тысяч человек. Россия находится на одном из первых мест в мире по этому показателю (ежегодно регистрируется около 56 тысяч самоубийств).

На данный момент выделяют следующие варианты депрессивных синдромов в общей медицинской практике:

- соматогенная (симптоматическая) депрессия развивается вследствие нарушений, вызванных соматическим или неврологическим заболеванием (в частности органические заболевания головного мозга: инсульт и др.);
- нозогенная (психогенная) депрессия как реакция личности на болезнь (например, инсульт и др.);
- соматизированная (маскированная, ларвированная и др.) депрессия протекает с функциональными нарушениями внутренних органов, имитирующими соматические заболевания («соматические маски» в виде головной боли, головокружения, приступов панических атак и др.).

В 70% случаев депрессия сопровождается тревогой (коморбидность). Тревога – эмоциональное переживание дискомфорта от неопределенности перспективы. Ниже представлены типы тревожных расстройств:

- тревожные состояния (генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство, паническое расстройство);

- реакции на стрессовый раздражитель (простое реактивное тревожное расстройство, постстрессорное реактивное тревожное расстройство);
- фобические тревожные состояния (простые фобии, социальная фобия, агорафобия);
- обсессивно-компульсивное расстройство.

Клинические проявления тревожных расстройств:

Психические симптомы: тревога, беспокойство по мелочам, ощущение напряженности и скованности, неспособность расслабиться, раздражительность и нетерпеливость, ощущение взвинченности и боль в груди, пребывание на грани срыва, невозможность сконцентрироваться, ухудшение памяти, трудности засыпания и нарушения ночного сна, быстрая утомляемость, страхи.

Соматические (вегетативные) симптомы: учащенное сердцебиение, приливы жара или холода, потливость, холодные и влажные ладони, ощущение «кома» в горле, чувство нехватки воздуха, тошнота, понос, боль в животе, сухость во рту, головокружение и предобморочное состояние, тремор, мышечные подергивания, вздрагивания, напряжение и боль в мышцах, учащенное мочеиспускание, снижение либидо и импотенция.

Перекрестные симптомы депрессии и тревоги:

- нарушения сна;
- психомоторная ажитация;
- слабость;
- обеспокоенность (чувство вины);
- нарушение концентрации внимания;
- суицидальные мысли. При коморбидности тревожных и депрессивных расстройств отмечается более раннее начало заболевания, уменьшение эффективности лечения, ухудшение прогноза заболевания. В некоторых случаях тревога выступает в качестве продромального признака депрессии.

В 40–60% случаев после инсульта развивается депрессия. При этом больные с постинсультной депрессией в отделении интенсивной терапии составляют 25–47%, в то время как в отделении реабилитации 35–72% (по мере осознания пациентами потери своего социального статуса). Так, нами обследовано 129 больных, перенесших инсульт (давностью 2–3 недели) по шкале Center Epidemiological Studies of USA (CES-D). Из них выявлено 40 пациентов (32%) с депрессией различной степени тяжести: 14 пациентов (35%) с легкими депрессивными расстройствами и 26 человек (65%) с выраженными депрессивными расстройствами. Факторами риска развития постинсультной депрессии являются:

- поражение левой лобной доли;
- поражение подкорковых отделов правого полушария;
- наличие в анамнезе функциональных расстройств;
- пожилой возраст;
- высокий уровень образования;
- женский пол;
- ранее перенесенный инсульт.

Патогенез постинсультной депрессии носит сложный характер. Она может возникать как реакция на болезнь, т.е. является нозогенной. При этом инсульт (наиболее часто повторный) может играть роль пускового механизма у лиц с наследственно обусловленными депрессивными проявлениями. Кроме того, депрессия может носить вторичный органический характер в результате сосудистой патологии.

Среди психических факторов, влияющих на выраженность депрессивных нарушений в постинсультном периоде, необходимо отметить уровень интеллекта. Сохраненный интеллект является необходимым условием для развития постинсультной депрессии.

Длительность постинсультной депрессии варьирует в широких пределах от 2–3 месяцев до 1–2 лет (в среднем 9 месяцев). Наличие депрессии существенно влияет на восстановительное лечение постинсультных больных. Так, многие больные желают «инсультообразного» (т.е. быстрого) восстановления нарушенных функций. К сожалению, у большинства пациентов этот процесс затягивается на долгое время. В силу этого возможности восстановительного лечения представляются больными бесперспективными (что значительно снижает «качество жизни» постинсультных больных). Следовательно, депрессию можно рассматривать как негативный предиктор успешности восстановительных мероприятий [2].

Депрессия нередко является причиной нарушения когнитивных функций, развитие так называемой псевдодеменции. Под «псевдодеменцией» понимают нарушения, обусловленные функциональными психиатрическими расстройствами, напоминающими деменцию по своим проявлениям (Sachdev P.S. et al., 1990). Расстройства когнитивных функций при депрессии обусловлены перераспределением внимания, пониженной самооценкой и медиаторными нарушениями (прежде всего, нарушение обмена серотонина). В результате многочисленных исследований области гиппокампа у больных с большим депрессивным расстройством накоплены доказательные данные о том, что при депрессии происходит его атрофия. Недавно появились даже сообщения об

атрофии гиппокампа после первого депрессивного эпизода (Ж.П. Олье, Франция, 2007). Для расстройства когнитивных функций при депрессии характерно:

- острое/подострое начало заболевания;
- быстрое прогрессирование симптомов;
- указания на предшествующую психическую патологию;
- настойчивые жалобы на снижение интеллектуальных способностей;
- отсутствие усилия при выполнении тестов («не знаю»);
- вариабельность выполнения тестов;
- привлечение внимания улучшает выполнение тестов;
- память на недавние и отдаленные события страдает в одинаковой степени.

Однако, при депрессии субъективная оценка когнитивных способностей и степень социальной дезадаптации, как правило, не соответствуют объективным данным тестирования когнитивных функций.

Большинство исследователей относит расстройства сна к числу облигатных признаков депрессии [1]. При депрессивных расстройствах нарушения сна достигают 100% случаев (проявляются в виде инсомнии и инверсии цикла «сон-бодрствование»).

Единые патогенетические механизмы нарушения сна и депрессии:

- развитие депрессии связывают с нарушением обмена моноаминов (в первую очередь, серотонина);
- серотонин участвует в формировании цикла сон-бодрствование.

Нередко соотношение между субъективными оценками сна и его объективными характеристиками неоднозначны. Так, больные с депрессией часто предъявляют жалобы на полное отсутствие сна в течение многих ночей. Однако при объективном полисомнографическом исследовании сон не только присутствует, но его продолжительность превышает 5-8 часов (искаженное восприятие сна или «агнозия сна») [3]. Основная тактика лечения депрессии определяется ее типом. Так, при соматогенной (симптоматической) депрессии проводится соматическая терапия (лечение основного заболевания), симптоматическая психофармакотерапия и психотерапия. При нозогенной (психогенной) и соматизированной (маскированной) депрессии – психотерапия и психофармакотерапия.

Терапия депрессий производится только единственным классом препаратов – антидепрессантами. В настоящее время насчитывается более 100 наименований антидепрессантов, которые подразделяют на два ряда. В число препаратов первого ряда включены «малые» антидепрессанты (в частности, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), в наибольшей мере соответствующие требованиям

общемедицинской сети. К препаратам второго ряда отнесены «большие» антидепрессанты (трициклические антидепрессанты), обладающие выраженным психотропным эффектом (но с высоким риском побочного действия).

Следует отметить, что при назначении антидепрессантов терапевтический эффект наступает не ранее 1-2 недель терапии. Поэтому лечение расстройств сна при депрессии целесообразно проводить антидепрессантами в сочетании со снотворными средствами [4]. Однако при лечении инсомнии достаточно часто назначают бензодиазепины, которые имеют ряд побочных эффектов:

- привыкание;
- развитие зависимости;
- синдром «отмены»;
- возможное усиление проявлений синдрома апноэ во сне;
- снижение когнитивных функций.

Наиболее физиологическое действие на организм больного, перенесшего инсульт, оказывает синтетический препарат с выраженным снотворным эффектом, производное этаноламина – донормил (блокатор гистаминовых H₁-рецепторов).

Материал и методы исследования. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения антидепрессантов (на примере рексетина из группы ингибиторов обратного захвата серотонина) в сочетании с донормилом при лечении нарушений сна у больных с постинсультной депрессией. Под нашим наблюдением находилось 49 больных (24 женщины и 25 мужчин), перенесших инсульт (давностью 2-3 недели), в возрасте от 47 до 64 лет. Выраженность депрессивных расстройств нами оценивалась с помощью самоопросника депрессии CES-D. Так, если пациент набирает 19 и более баллов, то с очень высокой достоверностью можно говорить о наличии у него депрессивного расстройства. Количество баллов от 19 до 26 соответствует легкой депрессии, от 27 до 36 – умеренной депрессии. Если пациент набирает 37 и более баллов, это свидетельствует о наличии у него тяжелой депрессии. Количественная оценка сна проводилась с использованием стандартной анкеты субъективной оценки сна, разработанной в сомнологическом центре МЗ РФ. Максимальная суммарная оценка по всем показателям составляет 30 баллов. Сумма 22 балла и более – сон не нарушен, 19-21 балл – пограничные состояния функции сна и 0-18 баллов – сон нарушен.

Полученные результаты и их обсуждение. Как показали результаты исследования, средний балл по шкале депрессии CES-D составил $26,4 \pm 1,9$. Однако помимо подавленного настроения у всех пациентов с депрессией отмечались выраженные расстройства сна. Так, согласно анкеты субъективной характеристики

сна – $16,1 \pm 0,6$ баллов. В последующем все пациенты были разделены на основную (27 человек) и контрольную (22 человека) группы. Пациенты основной группы получали 20 мг рексетина в сочетании с 15 мг донормила на ночь. Пациенты же контрольной группы – лишь один рексетин. Повторное тестирование проводилось через 14 и 21 день (табл.).

Таблица.

Динамика показателей состояния сна и выраженности депрессивных расстройств у больных основной и контрольной групп до и после исследования, баллы ($M \pm m$)

показатели	до лечения обе группы	через 14 дней		через 21 день	
		основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
время засыпания	$3,1 \pm 0,14$	$4,2 \pm 0,16$ ***	$3,3 \pm 0,15$	$4,7 \pm 0,14$ ***	$4,0 \pm 0,17$ ***
длительность сна	$2,4 \pm 0,15$	$3,5 \pm 0,12$ ***	$2,6 \pm 0,17$	$4,3 \pm 0,18$ ***	$3,2 \pm 0,16$ ***
ночные пробуждения	$2,5 \pm 0,14$	$3,6 \pm 0,17$ ***	$2,7 \pm 0,15$	$4,1 \pm 0,16$ ***	$3,5 \pm 0,12$ ***
сновидения	$2,7 \pm 0,16$	$3,9 \pm 0,14$ ***	$3,0 \pm 0,16$	$4,4 \pm 0,15$ ***	$3,2 \pm 0,11$ *
качество сна	$2,8 \pm 0,18$	$3,9 \pm 0,16$ ***	$3,1 \pm 0,19$	$4,5 \pm 0,15$ ***	$3,4 \pm 0,18$ *
качество пробуждения	$2,6 \pm 0,14$	$3,9 \pm 0,17$ ***	$2,9 \pm 0,15$	$4,6 \pm 0,17$ ***	$3,7 \pm 0,13$ ***
общий балл	$16,1 \pm 0,6$	$23,0 \pm 0,5$ ***	$17,6 \pm 0,7$	$26,6 \pm 0,5$ ***	$21,0 \pm 0,7$ ***
уровень депрессии	$26,4 \pm 1,9$	$19,5 \pm 1,6$ **	$22,3 \pm 1,5$	$16,2 \pm 1,7$ ***	$17,1 \pm 1,6$ ***

Примечание: *** – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$

Как видно из таблицы, комплексное применение рексетина и донормила способствовало улучшению показателей сна у больных основной группы на 30% ($p < 0,001$) с одновременным уменьшением выраженности депрессивных расстройств на 26,1% ($p < 0,001$) уже к концу 2-й недели лечения. В то время как в контрольной группе за данный временной интервал достоверных изменений исследуемых показателей отмечено не было. Повторное исследование через 3 недели показало, что в основной группе сон полностью восстановился у больных (общий балл по шкале субъективной характеристики сна составил $26,6 \pm 0,5$ ($p < 0,001$)) на фоне редукции депрессии ($16,2 \pm 1,7$ баллов по шкале CES-D ($p < 0,001$)). Одновременно и в контрольной группе отмечалось исчезновение симптомов депрессии ($17,1 \pm 1,6$ баллов по шкале CES-D ($p < 0,001$)) с улучшением показателей сна (общий балл по шкале субъективной характеристики сна составил $21,0 \pm 0,7$ ($p < 0,001$)), но не достигших значений основной группы ($p < 0,001$).

Выводы.

1. В 40-60% случаев после инсульта развивается депрессия, которая возрастает по мере осознания пациентами потери своего социального статуса.

2. При депрессивных расстройствах у постинсультных больных нарушения сна достигают 100% случаев и проявляются в виде инсомнии и инверсии цикла «сон-бодрствование».

3. Лечение нарушений сна у больных с постинсультной депрессией целесообразно проводить комбинацией антидепрессанта из группы ингибиторов обратного захвата серотонина и донормила.

Литература

1. Асанов А.О. Нарушения сна при различных типах депрессии // Доктор Ру. М., 2007. – №5 – С. 34-38.
2. Борисов В.А., С.П. Маркин. Реабилитация постинсультных больных // Журнал теоретической и практической медицины. М., 2005 – №1 – С. 21.
3. Левин Я.И. Инсомния: современные и диагностические подходы. М.: Медпрактика, 2005 – 115 с.
4. Маркин С.П., Маркина В.А. Депрессия и инсомния у больных, перенесших инсульт // Актуальные проблемы сомнологии. Тезисы докладов V Всероссийской конференции. – М., 2006 – С. 69.
5. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических заболеваниях – М.: Медицинское информационное агентство, 2003 – 432 с.

Abstract.

S.P.Markin, V.A.Markin

FRUSTRATION OF DREAM AND DEPRESSION

Gorky Clinical sanatorium

Insomnia is a obligate sign of depression. Insomnia and depression have similar pathogenetic mechanisms (infringement of serotonin system). Therefore treatment of insomina at depression is expedient for carrying out antidepressants in a combination to somnifacients.

Key words: depression, insomnia, antidepressants

References.

1. Asanov A.O.infringement of dream at various types of depression // Doctor Ru. Moscow, 2007. - №5 - P.34-38.
2. Borisov V.A., Markin S.P. Rehabilitation patients after stroke // Magazine theoretical and applied medicine. Moscow, 2005. – №1 – P.21.
3. Levin J.I. Insomnia: modern and diagnostic approaches. Moscow.: Medpraktica, 2005. – 115 p.
4. Markin S.P., Markin V.A. Depression and insomnia at the patients who had stroke // Act. Probl. Somn. Tez. Dokl. V Vseros. conf. – М., 2006 – P.69.
5. Smoulevich A.B. Depressions at somatic diseases - М.: MIA, 2003 – 432 p.

Б.Е. Микиртумов, П.Ю. Завитаев
**ГИПЕРОНОМНОСТЬ – СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
АУТИСТИЧЕСКОЙ ЛЕКСИКИ**

*Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия,
кафедра психиатрии и наркологии*

Резюме. В результате клинико-семантического анализа аутистических высказываний описан новый специфический симптом аутизма – гиперономность лексики. Гиперономными являются высказывания, содержащие указания на одобряемые обществом нравственные качества. В связи с понятием гиперономности выделена двоякая направленность вектора аутистической активности. При интересубъективной аутистической установке (направленности вовне) в высказываниях находит выражение альтруистическая мотивация. При интрасубъективной аутистической установке (направленности вовнутрь) высказывания объединяет тематика «духовного совершенствования». Аутистический «уход» рассматривается как доминирование интрасубъективной аутистической установки.

Ключевые слова: аутизм, лексика, высказывания.

Один из наиболее значимых результатов клинико-семантического анализа 383 аутистических высказываний, полученных у 79 больных с различными формами и вариантами течения шизофрении, заключается в выделении гиперономности (гр. *hyper* – над, сверх + *nomos* – закон) в качестве специфической характеристики аутистической лексики [1]. Под гиперономными понимаются высказывания, заключающие указания на одобряемые обществом нравственные качества как на новые свойства процессуально трансформированного «Я».

- Смысл моей жизни – в помощи людям.
- Цель – правильно жить, не вредить другим, помогать.
- Буду приносить пользу обществу как художник или преподаватель.

Гиперономность представляет собой ведущую характеристику аутистического этоса - совокупности основополагающих нравственных императивов, имплицитно ограничивающих и направляющих деятельность субъекта патологии. Новые, отличные от прежних, ценностные ориентиры, воплощаются в представления субъекта патологии о радикально ином жизненном предназначении.

Основными отличительными свойствами аутистического «Я» являются его позитивная субъективная оценка и инакость аксиологического, ценностного статуса [2]. Вера в свое высокое предназначение, созидание и творчество является основой для аутистических представлений о своем месте в жизни.

- Смысл моей жизни – познание истины.
- Интересует филология, проблема употребления слов в разных обществах, разной социальной среде.
- Цель – поднять культуру языка.

Иное жизненное назначение, определенное процессуальной трансформацией «Я», задает доминирующее направление вектора аутистической активности. Соответствие мировоззрения и жизненного уклада существующим моральным и религиозно-этическим нормативам становится единственной целью и содержанием повседневной деятельности. Альтруистическая самоотверженность в «служении людям» и свершении «добрых дел», творческие замыслы о создании благотворно влияющих на общество научных и культурных ценностей, педантичное следование религиозным правилам с достижением «безгрешности» и «святости» воплощаются в патологической аутистической активности.

- Делаю добро людям.
- Что-то созидать, творить, проза, стихи, надо много, постоянно заниматься.
- Я просто хочу поднять свою нравственность.
- Нужно достичь праведной жизни, святости.

Субъект патологии сознает себя призванным к «исполнению долга», следованию «духовному призыву» и не имеет сомнений относительно необходимости и возможности достижения открывшихся ему новых жизненных целей. Формируются высказывания, обладающие высокой степенью уверенности в осуществимости идеалов добра, истины и духовного совершенства.

Определяющие аутистическое поведение качества гиперономности апеллируют к идеалам общественной морали и религиозности. Строгое соответствие мировоззрения и деятельности образцам нравственности и духовности, практически недостижимое для здорового индивида, позволяет определить аутистическую личность как своего рода идеальный социальный тип. В нем получают полное осуществление этические требования, являющиеся для обычного человека высоким нравственным ориентиром.

Следует отметить, что аутистическая активность далеко не всегда непосредственно выражается в деятельности. Вышеуказанные стремления и намерения субъекта патологии получают в высказываниях значение свершившегося факта. Грань между возможным и действительным, настоящим и будущим стирается и утрачивается. Так, указывая на необходимость нравственного совершенствования, «жизни по совести» и соблюдения религиозных заповедей, субъекты патологии в то же время именуют себя людьми «праведными», стоящими на высоком уровне духовного развития.

Приведем для примера фрагмент самоописания наблюдавшегося нами Ю.Н.О-ва, 28 лет, содержащий характеристику произошедшей аутистической трансформации:

Важно саморазвитие, самосовершенствование. Надо начать делать что-нибудь духовное, ходить в церковь по воскресеньям, исповедоваться и причащаться. Недуг меня изменил, окружающие это замечают, самому трудно сказать, как изменился... Страдания привели меня к умозаключениям, задумался... Стал смотреть на чужие страдания, как на свои. С точки зрения

морали изменился. Моя ценность – это моя мораль. Жить по совести стараюсь, строить дружеские отношения с людьми. Всегда помогаю людям, все делаю, что в моих силах, никогда не отказываю. Ушел бы в монастырь, но из мирской жизни уйти не могу. Нужно сочетать духовную жизнь с мирской.

В основе содержащегося в приведенном тексте «мировоззрения» больного лежит иное значение аутистического, обладающего гиперономными качествами, «Я». Внутренняя трансформация определяет переориентацию ценностных установок с формированием пути «духовного совершенствования» и «служения людям». Нельзя, однако, не обратить внимания на то, что в клинической практике подобные высказывания, как правило, не только не соотносятся с аутистической трансформацией «Я», но, напротив, ошибочно расцениваются как проявление критического отношения к болезни.

Относительная специфика смысловых значений лексических единиц зависит от направления вектора аутистической активности. При его направленности вовне - интересубъективной аутистической установке - в высказываниях находит выражение альтруистическая мотивация. Лексические единицы получают значения «оказания помощи», бескорыстного «доброделания».

- Должен помогать людям.
- Цель – правильно жить, не вредить другим, помогать.

Свершение добрых дел и строгое следование нормам нравственности не является, как может показаться, свободным выбором. В ряде случаев аутистическая направленность мышления определяет патологическую направленность поступков.

- Если я не отдаю, что у меня есть, - начинаю болеть.
- То, что нравится, и то, что хочется сделать для себя – не удается, остается незавершенным, сейчас даже начать дела не могу, а то, что делаю для других по их просьбе – получается хорошо.
- Для себя ничего не могу сделать, с трудом; для всех, кто просит, могу сделать добро.

При направленности вектора аутистической активности вовнутрь – интрасубъективной аутистической установке – совокупность высказываний объединяется смысловыми значениями, имеющими отношение к «стезе духовного совершенствования». Внутренний духовный поиск и устремленность к обладанию всей полнотой гиперономных качеств «идеального человека» как правило, находят выражение в религиозной лексике. Значение последней связано с духовными представлениями, верой в Бога, «послушанием и подвижничеством».

- Поиск к Богу; возможен диалог с ним.
- Ищу идеального человека в себе.
- Грешница, но Бог меня ведет.

Аутистический «уход» представляет собой отрицание практической, «мирской» нормы деятельности с установлением, в качестве безусловно руководящего, аскетического принципа «духовного развития». Все умственные и нравственные силы обращаются на служение «высшей истине». Высказывания содержат отчетливую антитезу духовных и материальных ценностей. Отрицанию и неприятию «мира» как далекого от совершенства социального устройства противостоит утверждение принципа «жизни по совести и справедливости» и поиск иной, в полной мере отвечающей высоким нравственным требованиям, действительности («монастырь», «деревня, где все живут просто и счастливо», «высокое средневековье» и т.д.).

- Соблазны повседневной жизни неправильные, буду бороться.

- О деньгах не думаю, духовность важнее денег.

- Я не принимаю этот мир - никакой справедливости. Мир не такой, какой должен быть. Справедливость, совесть важны.

- В монастырь, чтобы разобраться в моем «Я», к Иисусу, к Богу.

Обе формы аутистической активности - интересубъективная и интрасубъективная - являются взаимосвязанными и взаимодополняющими. Их объединяет несоответствие между требованиями реальности и аутистическим утверждением идеальной нормы поведения. Подтверждая сказанное отметим, что в предвзятом мнении о субъектах патологии как о «людях не от мира сего» содержится часть правды.

Литература.

1. Микиртумов Б.Е., Завитаев П.Ю. Клинико-семантическое исследование аутизма // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 2007. - № 1. - С. 19-20.
2. Микиртумов Б.Е., Завитаев П.Ю. Клиническая структура и динамика аутизма // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 2008. - № 2. - С. 10-12.

Abstract.

B.E. Mikirtumov, P.Ju. Zavitaev

HYPERNOMY – SPECIFIC CHARACTERISTIC OF LEXICON OF AUTISM PATIENTS

The St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy, faculty of psychiatry and narcology
A new specific symptom of autism - hypernomy of lexicon is described as a result of the clinical-semantic analysis of autistic statements. Hypernomic statements contain indications to moral qualities approved by society. In connection with hypernomy concept the double orientation of an autistic activity vector is marked out. In case of intersubjective autistic set (orientation towards outside) statements express an altruistic motivation. In case of intrasubjective autistic set (orientation towards inside) statements are combined into the subject of «spiritual self-perfection». Autistic «withdrawal» is considered as domination of the intrasubjective autistic set.

Key words: an autism, lexicon, statements.

References.

1. Mikirtumov B.E., Zavitaev P.Ju. Клинико-semantic research of an autism // Obozr. psihiat. i medic. psihol. im V.M. Bekht. - 2007. - № 1. - P.19-20.
2. Mikirtumov B.E., Zavitaev P.Ju. Clinical structure and dynamics of an autism Obozr. psihiat. i medic. psihol. im V.M. Bekht. - 2008. - № 2. - P.10-12.

Б.Е. Микиртумов, А.Б. Ильичев

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА

*Кафедра психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной
педиатрической медицинской академии*

Резюме. Статья посвящена истории изучения синдрома психического автоматизма. Представлены точки зрения многих психиатров на природу этого психопатологического феномена.

Ключевые слова: психический автоматизм, псевдогаллюцинация, бред воздействия, отчуждение, постороннее влияние, Синдром Кандинского-Клерамбо, синдром психического автоматизма.

Психические автоматизмы представляют собой патологические переживания чуждости себе собственных психических и физических актов (мыслей, телесных ощущений, движений, речи), в сочетании с ощущением постороннего влияния на них.

Первые упоминания о явлениях психического автоматизма встречаются у Дж. Хеслема (Haslam J., 1810), Нассе (Nasse, 1818), В. Гризингера (Griesinger W., 1867), С.С. Корсакова (1901) – описания пациента Матьюса, у которого отмечались переживания чужих, сделанных мыслей и представлений, сделанных сновидений, насильственной задержки речи и др., наряду с бредом воздействия и преследования, слуховыми и зрительными галлюцинациями.

Явления невозможности управлять собственными мыслями и действиями наблюдали П. Бутковский (1834), П.П. Малиновский (1847).

Переживания «вытягивания» мыслей, «вколачивания» чужих мыслей либо ощущения пустоты в голове обозначались как апперцептивные галлюцинации или фантометрия (от греч. *rhema* – слово, изречение; буквально – сказанное) (Kahlbaum K., 1866).

При абстрактной фантометрии больному навязываются чуждые мысли или отнимаются и читаются собственные мысли. «Голоса» в стороне произносят его мысли. Либо в форме «голосов» слышатся слова и мысли, которые не воспринимаются как собственные, так как не сформировались произвольно. Это сопровождается ощущением внутренней открытости мыслей окружающим.

При конкретной фантометрии возникают воспоминания о галлюцинациях, якобы имевших место в прошлом. К. Кальбаум отмечал, что конкретная фантометрия представляет собой галлюцинацию, возникающую в момент воспоминания (галлюцинаторное воспоминание). В.Х. Кандинский (1890) обозначил данный феномен как псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания – псевдогаллюцинаторные представления, имеющие характер живых воспоминаний действительных фактов, якобы имевшихся в прошлом.

Явления насильственного произношения слов были описаны как психомоторные галлюцинации (Seglas J., 1888). Сегла выделил три разновидности: 1) простые кинетические галлюцинации, при которых больной ощущает мнимое произношение слов без видимых соответствующих движений («мышление в словах», по В.Х. Кандинскому); 2) словесные двигательные галлюцинации, сопровождающиеся беззвучными речевыми движениями губ и языка («немое говорение», по Сегла и Селье); 3) словесные импульсы, сочетающиеся с неконтролируемым произнесением высказываний вслух («действительное говорение», по В.Х. Кандинскому).

Помимо психомоторных устных, Сегла описал психомоторные графические галлюцинации, также подразделяющиеся на три разновидности: представление движений письма, ощущение, что рука выполняет движение письма, и действительное письмо.

Автор отмечал, что психомоторные галлюцинации отличаются от остальных галлюцинаций меньшей сенсорностью и большим участием интеллекта.

В настоящее время психомоторные галлюцинации относят к проявлениям моторного психического автоматизма (речедвигательные галлюцинации Сегла).

Важным аспектом изучения галлюцинаций явилось их разделение на полные или сенсорные и неполные или психические галлюцинации (Baillarger J., 1844). Последние представляют собой беззвучные мысли невидимых собеседников, идеальные, таинственные, внутренние голоса. Психические галлюцинации не зависят от органов чувств, не имеют характера сенсорности (например, в области слуха переживаются «внутренние», «мысленные», «беззвучные» «голоса»).

По мнению Байарже, психосенсорные галлюцинации являются результатом совместной непроизвольной деятельности воображения и органов чувств, а психические – лишь памяти и воображения.

Психические галлюцинации Байарже также называли ложными (Michea, 1846), так как они лишены элемента объективности, не похожи на внешние объекты и явления: беззвучные слова, бесформенные и бесцветные образы.

Подчеркивалась тесная связь психических галлюцинаций с патологической продукцией мышления. В. Гринингер относил их к чрезвычайно живым представлениям. Их рассматривали как нарушения, близкие к бредовым идеям (Перельман А.А., 1931), прежде всего к аутохтонным идеям К. Вернике (Wernicke S., 1906). Последние представляют собой мысли, возникающие вне связи с реальным объектом, утратившие принадлежность своему мышлению, сопровождающиеся переживаниями «чуждости» и «деланности», «внушенности» в результате психического воздействия извне. К. Вернике рассматривал эти

явления родственными псевдогаллюцинациям В.Х. Кандинского: беззвучные голоса, звучание мыслей.

Псевдогаллюцинации были впервые описаны Л. Мейером (Meyer L., 1865) под названием «мнимых» галлюцинаций и иллюзий, развивающихся из ложных идей и являющихся продуктом деятельности фантазии (метаморфоз обстановки, приводящий ее в соответствие с фантазией).

Термин «псевдогаллюцинация» был впервые предложен Гагеном (Hagen, 1868) для обозначения переживаний, являющихся, в отличие от галлюцинаций, результатом деятельности представления, а не чувств. Вымышленное замещает собой пережитое в действительности. Галлюцинации Гаген определял как субъективно возникающие чувственные образы, имеющие характер объективности, существующие вместе и одновременно с объективными чувственными восприятиями, не отличающиеся от последних.

В.Х. Кандинский (1880, 1885, 1890) дал подробное описание и психопатологический анализ псевдогаллюцинаций. По его определению, псевдогаллюцинации – «весьма живые и чувственные до крайности определенные образы, ... которые, однако, резко отличаются, для самого воспринимающего сознания, от истинно-галлюцинаторных образов тем, что не имеют присущего последним характера объективной действительности, но, напротив, прямо сознаются как нечто субъективное, однако, вместе с тем, как нечто аномальное, новое, нечто весьма отличное от обыкновенных образов воспоминания и фантазии». Он подчеркивал, что псевдогаллюцинации, так же как и психические галлюцинации Байарже, лишены основного признака галлюцинаций – сенсорIALности и поэтому не имеют отношения к сфере чувственного познания. Псевдогаллюцинации слабо зависят от сознательного мышления и воли индивида, не сопровождаются чувством собственной активности, собственной внутренней деятельности. Их появление часто имеет характер «навязанности».

Псевдогаллюцинации, по В.Х. Кандинскому, возможны в сфере каждого чувства, но четко отделены от галлюцинаций лишь образы, возникающие в зрительной и слуховой сферах. Зрительные псевдогаллюцинации представляют собой непроизвольно появляющиеся внутренние видения, заполняющие собой все поле зрения. Слуховые – также непроизвольно и непреодолимо возникающие словесные образы, лишенные сенсорIALности («голос, проникающий в голову, а не в уши», «внутреннее слово, не делающее шума», «передача мысли», «очень отдаленный глухой голос» (Аккерман В.И., 1928)).

В своих наблюдениях В.Х. Кандинский отметил практически все клинические проявления синдрома психического автоматизма: феномены внутреннего слушания и говорения, «похищения мысли», «деланные мысли»,

«внушенные мысли», чувство внутренней раскрытости, галлюцинаторное «эхо-мысли», псевдогаллюцинаторные воспоминания, «насильственные чувствования», сделанные сновидения, бредовые идеи воздействия и др. Кроме того, указал на две общие черты: отсутствие чувства собственной активности и чувство сделанности, насильственности собственных психических или физических процессов. Также описал картины бредового и онейроидного состояний с явлениями психического автоматизма. Однако он не классифицировал описанные симптомы и не объединил их в единый синдром.

В других источниках явления психического автоматизма также описываются в тесной связи с псевдогаллюцинациями и переживаниями воздействия. В частности, у больного, описанного Н.М. Поповым (1885), отмечались «голоса», угадывающие мысли и отвечающие на мысли больного, а также «непрерывный и утомительный мысленный дебат» с ними. Другой пациент жаловался на насильственно вызываемые неприятные ощущения уколов, жжения, раздражения электрическим током, «насильственные акты совокупления, онанизирования». Явления неприятных насильственных ощущений Н.М. Попов рассматривал как галлюцинации «гиперстетического вида», а явления «отгадывания мыслей», «мысленного дебата» – психические галлюцинации.

В.П. Осипов (1923) отличал псевдогаллюцинаторные явления от галлюцинаций и обозначал их как галлюциноиды. К ним он отнес современные идеаторные и моторные автоматизмы. В частности, слуховые галлюциноиды локализуются в голове и иногда сопровождаются ощущением, что они слышатся как бы внутренним «духовным» ухом. Галлюциноиды также выступают в форме повторения мыслей («эхо мыслей»), подсказывания, внушения чужих, не принадлежащих больному мыслей, звучание мыслей, вынужденное, «деланное» мышление, вытягивание мыслей; в форме двигательных галлюцинаций Сегла – движения языка больного помимо желания.

Таким образом, характерными признаками псевдогаллюцинаций большинство авторов считали отсутствие сенсориальности, тесную связь с мышлением (представлениями), а не чувственной (перцептивной) сферой, а также наличие субъективного ощущения чуждости образов и их сделанности.

Переживания чуждости и сделанности собственных психических и физических процессов указывали на клиническое и патогенетическое родство между психическими автоматизмами, псевдогаллюцинациями и переживаниями воздействия. Последнее, в свою очередь, привело к их объединению в единый психопатологический синдром.

Подчеркивая роль бредовой интерпретации в патогенезе синдрома психического автоматизма, его называли синдромом влияния (Ceillier, 1924, 1927).

Элементы последнего объединяются «чувством автоматизма». Часть собственных психических явлений перестает присваиваться себе. В частности, собственные мысли рассматриваются как не принадлежащие себе, действия производятся помимо воли и замечаются лишь в процессе их выполнения, чувства кажутся внушенными и противоречат личности.

Также использовались определения «синдром внешнего воздействия» (Claude H., 1927, 1930), «синдром вторжения и раскола» (Delma).

П. Жанэ (1932), изучая основное расстройство, лежащее в основе бреда преследования, обнаружил ряд первичных чувств. В том числе чувство отчуждения (захвата, овладения), навязанные чувства (чувства принуждения), чувства лишения и кражи, присутствия и проникновения, чувство раздвоения (Аккерман В.И., 1935).

М.И. Вайсфельд (1935) говорил о синдроме воздействия или синдроме внушенных переживаний, подчеркивая, что при этом состоянии мысль или чувство пациента не просто автоматизированы, а внушены помимо воли вследствие вмешательства посторонних сил. Однако сами идеи воздействия он считал вторичным образованием, а не проявлениями первичного бреда.

Г. Клерамбо (Gaetan-Henri Gatian de Clerambault) в 1927 г. объединил феномены, сопровождавшиеся отчуждением собственных психических процессов и чувством постороннего влияния на них, в единый синдром психического автоматизма. В его клиническую структуру он также включил псевдогаллюцинации В.Х. Кандинского.

Название «психический автоматизм» Клерамбо заимствовал из работ П. Жанэ (1913), изменив его содержание. Жанэ описывал деятельность, выражающуюся в виде психического акта, но не осознающуюся субъектом. Клерамбо говорил о синдроме, все проявления которого независимы от воли больного и недоступны его психическому влиянию.

Нейрак (Neugas, 1927) называл данные нарушения патологическим автоматизмом. Леви-Валенси (Levy-Valensi J., 1927, 1939) говорил о депосессионном синдроме – состоянии, в основе которого лежит отчуждение собственных психических процессов, невозможность владеть своим «Я».

Клерамбо выделил три разновидности психических автоматизмов. К чувственному автоматизму он отнес различные алгии, парестезии, сенестопатии. К высшему психическому автоматизму – идеаторные и словесные нарушения, псевдогаллюцинации. К двигательному автоматизму – насильственные действия, гримасы и жесты, а также насильственные затруднения действий.

На 31-м конгрессе психиатров в г. Блуа (Франция) в 1927 г. Клерамбо предложил термины «синдром психического автоматизма», «синдром

паразитизма» и «синдром S». На этом конгрессе было решено называть синдром психического автоматизма синдромом Клерамбо.

В отечественной психиатрии, наряду с работами Клерамбо, подчеркивалась роль В.Х. Кандинского (1890). Прежде всего в отношении выделения псевдогаллюцинаций, а также описания многих других проявлений синдрома. А.Л. Эпштейн в своем докладе на заседании врачей психиатрической клиники ленинградского медицинского института в 1927 г., а затем А.А. Перельман в 1929 г. предложили именовать синдром психического автоматизма Клерамбо синдромом Кандинского-Клерамбо. Данное обозначение используется в отечественной психиатрии до настоящего времени, наряду с термином «синдром психического автоматизма».

В современной психопатологии синдром психического автоматизма рассматривают как разновидность галлюцинаторно-параноидного синдрома либо отождествляют с ним (Снежневский А.В., 1985; Тиганов А.С., 1999). В клиническую структуру включают бред преследования и воздействия, психические автоматизмы и псевдогаллюцинации.

В качестве основного расстройства при синдроме психического автоматизма рассматриваются два переживания: 1) чуждости собственных психических и физических процессов, ощущения, что они не принадлежат самому себе; 2) их сделанности, постороннего влияния на них.

Выделяют идеаторные (ассоциативные), сенестопатические (сенсорные) и кинестетические (моторные) автоматизмы.

К первым относят насильственные наплывы мыслей (ментизм); чужие, сделанные мысли и представления; повторение мыслей больного окружающими; открытость собственных мыслей окружающим; отнятие собственных мыслей, их насильственные обрывы, блокирование (шперрунг); звучание или звучащее повторение собственных мыслей; насильственное разматывание воспоминаний; «сделанные» сновидения. Кроме того, ощущение «сделанности» других психических функций (эмоций, внимания).

К сенестопатическим автоматизмам – тягостные телесные ощущения (жжения, холода, давления, полового возбуждения и др.), сопровождающиеся чувством воздействия.

К кинестетическим автоматизмам – насильственные движения, действия, а также речедвигательные галлюцинации Сегла – ощущение произвольных движений губ и языка при мысленном произнесении слов либо насильственное произнесение слов и фраз вслух.

В структуре бреда воздействия различают бред психического и физического воздействия.

Псевдогаллюцинации отличаются большими от реальных объектов и имеют характер сделанности.

В зависимости от преобладания псевдогаллюцинаторных или бредовых расстройств различают галлюцинаторный и бредовой варианты синдрома.

Выделяют также положительный (активный, инвертированный) вариант синдрома. Больной приобретает способность воздействовать на окружающих – читать их мысли, внушать им свои мысли, направлять их поведение.

В современной французской психиатрии используются названия «синдром Клерамбо» и «синдром психического автоматизма» ('automatisme mental'). В клиническую структуру включают мысли и представления, возникающие непроизвольно с чувством постороннего влияния, феномены эхо-мыслей, угадывания мыслей, бред воздействия и другие симптомы.

В немецкой психиатрии явления психического автоматизма чаще всего описываются в качестве отдельных симптомов. К. Берингер (K. Beringer) Г. Груле (H.W. Gruhle), Хомбургер (A. Homburger), Майер-Гросс (W. Meyer-Gross), Курт Шнайдер (K. Schneider) относят их к ряду специфических для шизофрении проявлений первичного бреда, в частности, феноменов раздвоения и воздействия. Феномены эхо-мыслей ('Gedankenlautwerden') и похищения мысли ('Gedankenentzug') рассматриваются как почти патогномичные шизофрении (Bumke H., 1933; Schneider K., 1999; Эй А., 1998).

В англоязычной психиатрии данный симптомокомплекс обозначают термином «психический автоматизм» ('mental automatism') и относят к группе хронических бредовых состояний французских авторов (French chronic delusional states). Название «синдром Клерамбо» ('Clerambault's syndrome') в англоязычной и иногда отечественной психиатрии используется для обозначения эротоманического бреда, также описанного Клерамбо в 1920 г. Поскольку во французской психиатрии синдром психического автоматизма нередко обозначается как синдром Клерамбо, возможна путаница в терминологии (Lerner V., Kaptsan A., Witztum E., 2001, 2003; Shorter E., 2005).

Литература.

1. Аккерман В.И. «Синдром душевного автоматизма» французской психиатрии. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1928; 4: 455-471.
2. Аккерман В.И. Учение Жанэ о бредообразовании. // Советская невропатология, психиатрии и психогигиена. 1935; 4 (8): 149-169.
3. Вайсфельд М.И. Синдром воздействия. / Профессору Н.П. Бруханскому. Проблемы психиатрии и психопатологии. – М.: Биомедгиз, 1935. С. 77-101.
4. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. – М.: Медгиз, 1890.
5. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. – Берлин: Госиздат, 1923. 738 с.

6. Перельман А.А. К учению о симптомокомплексе Кандинского-Клерамбо // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1931; 3: 44-53.
7. (Снежневский В.А.) Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. В 2х т. – М.: Медицина, 1983.
8. (Тиганов А.С.) Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова. В 2х т. – М.: Медицина, 1999.
9. Эй. А. (Еу Н.) Шизофрения: очерки клиники и психопатологии. Пер. с фр. – Киев: Сфера, 1998. 388 с.
10. Baillagrer J. Hallucinations. // Annales medico-psychologiques du systeme nerveux. 1844.
11. (Griesinger W.) Гризингер В. Душевные болезни. Пер. с нем. 2е изд. С-Пб, 1867. 610 с.
12. (Bumke O.) Схизофрения. Сокр. пер. IX тома Руководства по психиатрии. О. Бумке, Э. Берковитца и С. Консторума. – М.: Медгиз, 1933.
13. Clerambault G.G. Psychoses a base d'automatisme et syndrome d'automatisme' // Annales Medico-Psychologiques. 1927 Feb; 1: 193-236.
14. Hagen. Zur Theorie der Hallucination // Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie. XXV. Pp. 14, 21.
15. Kahlbaum K. Die Hallucination // Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie. 1866; 23: 1-50.
16. Lerner V, Kaptsan A, Witztum E. The misidentification of Clerambault's and Kandinsky-Clerambault's syndromes. // Canadian Journal of Psychiatry 2001 Jun; 46 (5): 441-3.
17. Lerner V, Kaptsan A, Witztum E. Kandinsky-Clerambault's Syndrome: concept of use for Western psychiatry. // Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 2003; 40 (1): 40-6.
18. (Schneider K.) Клиническая психопатология. – Киев: Сфера, 1999.
19. Shorter E. A Historical Dictionary of Psychiatry. – N.Y.: Oxford University Press, 2005. P. 107-108.
20. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. – Leipzig Thieme, 1906.

Abstract.

B.E. Mikirtumov, A.B. Ilichev

SYNDROME OF MENTAL AUTOMATISM: HISTORY OF DISCOVERY

Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Department of Psychiatry

Mental automatism is a pathologic experience of alienation of patient's own mental or physical processes combined with feeling of outside influence on them.

Symptoms of mental automatism were separated in the initial stage: somebody else's thoughts or made up thoughts or notions, made up dreams, forced hold-up of speech, impossibility to run patient's own thoughts or motions and others. Mental automatisms were also described as apperceptive hallucinations or phantorhemia, psychomotor hallucinations. Hallucinatory experiences were considered to be psychic hallucinations, pseudohallucinations, autochthonous ideas and hallucinoids.

Gaetan-Henri Gatian de Clerambault combined the phenomena with alienation and somebody else's influence, also pseudohallucinations of V.H. Kandinsky and introduced in 1927 the syndrome of mental automatism.

In Russian psychiatry they use names 'Kandinsky-Clerambault syndrome' and 'Syndrome of mental automatism'. It is considered as variant of hallucinatory-paranoid syndrome. They include

delusion of influence and persecution, mental automatism and pseudohallucinations in its clinical structure.

In French psychiatry the syndrome has names 'Clerambault's syndrome' and 'Syndrome of mental automatism'. In German one they distinguish separate symptoms of mental automatism and consider them to be the specific manifestation of primary delusion in schizophrenia. In English psychiatry they use the name 'Mental automatism' and refer them to French chronic delusional states. This syndrome may be confused with erotomanic delusion because the latter is also named 'Clerambault's syndrome'.

Key words: mental automatism; pseudohallucination; delusion of influence; alienation; somebody else's influence; Kandinsky-Clerambault syndrome; syndrome of mental automatism.

Сведения об авторах: Микиртумов Борис Емельянович: заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской Государственной Педиатрической Медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Тел. раб.: (812) 301-85-78

Ильичев Алексей Борисович: доцент кафедры психиатрии и наркологии СПбГПМА, кандидат медицинских наук, доцент Тел. раб.: (812) 301-85-78
E-mail: alexbori@ Rambler.ru

А.И. Михалёва, Е.Ю. Антохин, Я.С. Журавлёв
ПАТОНЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ПРИ СПИД-ДЕМЕНЦИИ

Каф. психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава»,

Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1

Резюме: в работе представлены данные 3 экспериментально-психологических исследований больного с СПИД-деменцией, выполненных при поступлении в стационар и в процессе терапии. Установлены признаки органического патопсихологического симптомокомплекса с преимущественным поражением лобно-конвекситальных отделов головного мозга, что обуславливает малую обратимость выявленных нарушений, несмотря на специфическую терапию.

Ключевые слова: СПИД-деменция, патонейропсихологическое исследование.

Актуальность. Распространённость ВИЧ-инфекции, приобретающая характер пандемии, малая изученность патонейропсихологических механизмов формирования клинических проявлений психических нарушений при СПИД-деменции обуславливают актуальность представленного исследования [3, 4, 6, 7, 10]. Большинство работ, затрагивающих патонейропсихологические аспекты при ВИЧ-инфицировании посвящены описанию психологическому реагированию на факт установки диагноза, либо изучению неврологических проявлений со стороны ЦНС [1, 2, 8, 9]. Деменция при ВИЧ-инфекции характеризуются триадой синдромов: интеллектуально-мнестические нарушения, нарушения поведения и двигательные расстройства, которые развиваются постепенно. Иногда эти проявления сначала замечают родственники, а не сам пациент. Обычные жалобы: замедленность мышления, забывчивость, затруднения концентрации внимания и при решении задач, нарушение быстрых повторных движений, снижение спонтанной активности и недостаток мотивации, социальная отгороженность, эмоциональная холодность [2].

Ранние нарушения в познавательной сфере характеризуются снижением концентрации произвольного внимания, мнестической функции, умственной заторможенностью, в двигательной сфере отмечаются изменения походки, слабость в ногах, изменение почерка. В эмоционально-поведенческой сфере преобладает пассивная позиция с замкнутостью. К поздним проявлениям относят когнитивный дефицит, признаки психомоторной заторможенности (замедление ответов на устные вопросы, умеренный или абсолютный мутизм, рассеянный взгляд) или расторможенности с возбуждением и дезориентировкой. Обращают внимание на ранней стадии: эмоциональная холодность, утрата сильных личностных черт, повышенная отвлекаемость, безынициативность [3, 4, 8].

Оренбургская область находится в числе ведущих регионов по количеству ВИЧ-инфицированных [5]. Тем не менее, случаи СПИД-деменции до настоящего момента в Оренбуржье не диагностировались. В нашем исследовании представлен первый случай диагностики СПИД-деменции в стационаре с позиции патонейропсихологического исследования. Диагноз ВИЧ-инфекции верифицирован клинико-иммунологическим методом.

Полученные результаты и их обсуждение. Пациент К., 32 года. поступил в отделение первого психотического эпизода (ОППЭ) Оренбургской областной клинической больницы № 1 10.11.08 г. с жалобами на пониженное настроение, периодическую тревогу без суточной динамики, снижение активности, поверхностный сон, сниженный аппетит.

Психологический анамнез. Младший из двух детей, рос и развивался в соответствии с возрастом. Закончил 8 классов общеобразовательной школы, затем техникум, университет, получил специальность инженера-механика. Служил в армии, служба прошла спокойно. После армии работал экспедитором, затем начальником участка в строительной организации, директором филиала торговой компании. По характеру всегда был общительным, жизнерадостным, легко сходилась с людьми. Отрицает в прошлом какие-либо заболевания или необходимость обращения за медицинской помощью. После получения врачом сведений о ВИЧ-положительном анализе формально сообщил, что в 2001 году был выявлен ВИЧ при обследовании перед приёмом на работу. Однако после диагностики ВИЧ врача не посещал, никакого специфического лечения не получал. Пути заражения обозначить не может. Кроме этого не поставил родственников и жену в известность, с которой 3 года назад вступил в брак.

Изменения в психическом состоянии с июня 2008 года беспричинно постепенно стал малообщительным, нарушился сон, с июля прибегал к приёму снотворного. В августе 2008 года после проблем на работе, в связи с крупной материальной недостачей резко снизилось настроение, практически не выходил из дома, пропал аппетит, потерял в весе в течение 1,5 месяцев 20 кг. Высказывал мысли о нежелании жить. Перестал следить за своим внешним видом, выглядел крайне неряшливо. На замечания со стороны близких реагировал раздражением. Был отправлен в неоплачиваемый отпуск. Негативно воспринимал предложение матери о консультации с психологом. Затем стала нарастать безынициативность, безразличие, большую часть времени проводил дома, лёжа в постели. По настоянию матери и жены обратился в диспансер и был направлен в ОППЭ.

Патопсихологическое исследование проводилось трижды, впервые 12.11.08 (на второй день госпитализации). Целью являлось получение дополнительных экспериментально-психологических сведений относительно уровня и характера

протекания психических процессов, исследование эмоционально-поведенческой сферы. Были использованы методики по изучению внимания (таблицы Шульте), памяти (10 слов, воспроизведение рассказов, пиктограмма), функции мышления (исключение 4 лишнего, предметная классификация, сравнение понятий, простые аналогии, объяснение отвлеченного смысла метафор и пословиц, серии сюжетных картин).

Испытуемый пассивно вступал в контакт, обращали внимание проявления двигательного беспокойства (очень часто менял позу), не всегда удерживал визуальный контакт, не проявлял интереса к беседе, формально и малоинформативно отвечал на вопросы экспериментатора, не стремился раскрывать свои переживания, вследствие этого в целом общение было малопродуктивным. Эмоциональные проявления отличались лабильностью, легко возникали реакции раздражения при уточняющих вопросах экспериментатора. Критика к болезненному состоянию на момент общения отсутствовала, в психическом отношении считал себя здоровым, отрицал какие-либо трудности в запоминании, сосредоточении и сообразительности. Оставался пассивным во время экспериментального исследования, собственная мотивация достижения результатов деятельности не формировалась, часто игнорировал требования инструкции, не интересовался оценкой собственных результатов и несколько не огорчался по поводу несостоятельных ответов. Обращала внимание слабость произвольной регуляции интеллектуальной деятельности, на довольно короткое время был способен удерживать волевое усилие, но уже в начале заданий возникали отказные реакции без обдумывания, а решения становились формальными или угадывающими, нуждался в постоянном побуждении на выполнение заданий. Кроме этого отмечались ослабление произвольного внимания по типу гиперстенической истощаемости, значительное сужение объема активного восприятия с относительным повышением продуктивности непроизвольного внимания. Поиск чисел в таблицах Шульте проводил с множеством ошибок внимания, числовыми потерями и пропусками за следующие временные промежутки: 44, 36, 54, 91, 85сек.

При механическом запоминании прослеживалось снижение его активности, проявляющееся монотонностью кривой следов удержания: 5, 6, 6, 6, 8 слов, отсрочено назвал 7 слов из 10. При предъявлении логически организованного материала (рассказ «Галка и голуби») отмечались трудности произвольного запоминания и воспроизведения, нарушение избирательности семантических связей и преобладание непроизвольного запечатления. Вследствие этого отмечались контаминации смысловых связей, вплетал обстоятельства другого рассказа, который ему не предъявлялся («Хитрая лиса»): «Галка полюбила голубя,

покушала, увидела собаку и погналась за ней, съела ее собака, собака погналась за голубкой, лиса догнала их и кинулась в кусты». При опосредованном запоминании смог воспроизвести только с наводящей помощью 7 слов из 16.

При исследовании мыслительной деятельности выявлялось значительное снижение ее продуктивности с невозможностью самостоятельной направленной деятельности, преобладанием не мотивированных, формальных и нелепых решений. Например, объединял градусник и штангенциркуль как «лекарства», в предметной классификации складывал без объяснений совершенно разные карточки в группы. Способы достижения характеризовались выраженной неустойчивостью и сочетались с не критичностью к собственным ошибкам. Наряду с общими формулировками на сложном категориальном уровне возникали чрезмерно обобщенные группы (например, мебель называет «промышленность», все группы объединяет под названием «жизнь»). При сравнении понятий ориентировался на несущественные, примитивные признаки, «троллейбус и автобус отличаются палками», «коньки с лезвиями, лыжи без лезвий», «самолет большой, птица маленькая». В сенсibilизированных пробах не находил общего у несопоставимых слов.

В пиктограмме отмечались трудности опосредования, семантическая организация запоминаемых слов-раздражителей не обеспечивала надежность запоминания. Образы часто были выбраны формально и не отражали содержание слов-раздражителей. Например, к словосочетанию «тяжелая работа» нарисовал 2-х людей, объясняя «...копают землю». Графически рисунки отличались крайне низкой дифференцировкой, фигуры людей с трудом поддавались идентификации. Вследствие этого, при отсроченном воспроизведении, испытуемый не всегда верно воспринимал собственные рисунки и искажал семантическую связь, например, к слову «разлука» рисунок 2-х людей воспринимал таким образом: «...люди обнимаются, это развод»; деньги к слову «богатство» воспринимал как фигуры людей. Вербальные ассоциации преимущественно высшего типа, обращала внимание выраженная тенденция к дублированию ответных реакций, например: обида – грусть, обман – грусть, сомнение – грусть, молоко-вода, воздух – вода.

Заключение: при экспериментально-психологическом исследовании (ЭПИ) выявлено значительное снижение произвольной саморегуляции всей психической деятельности в сочетании с выраженной не критичностью к состоянию. В мыслительной деятельности это проявлялось слабостью интеллектуальной активности и неспособностью на необходимое время удерживать волевое усилие с тенденцией к отказным реакциям без обдумывания, необходимостью в постоянном побуждении к деятельности. Отмечались колебания семантического

уровня решений с тенденцией к снижению уровня отвлечения и обобщения. В динамическом компоненте ослабление гибкости и переключаемости мышления, выраженные персевераторные тенденции. Прослеживались трудности произвольного запоминания и воспроизведения любых по модальности стимулов в сочетании с проявлениями контаминаций и трудностями семантической организации запоминаемого материала. Значительно выражены нарушения произвольной формы внимания с сужением объема активного восприятия и усилением непроизвольной его формы. Собственная мотивация достижения результатов деятельности не формировалась.

После установления диагноза ВИЧ и проведения антиретровирусной терапии, 23.12.08 было проведено динамическое психологическое исследование, в котором помимо выше указанных методик был дополнительно использован блок методик по нейропсихологическому исследованию.

На первый план выступили выраженные нарушения подконтрольности и критичности поведения. Испытуемый внешне выглядел неопрятно. В поведении не всегда придерживался этических норм, при кашле не пытался отвернуться или прикрыть рот рукой. В общении по-прежнему занимал пассивную позицию, отсутствовало личностное отношение к беседе, был безразличен к темам общения, высказывания отличались краткостью и малоинформативностью, вследствие этого нуждался в уточняющих вопросах. Экспрессия эмоциональных проявлений стала значительно ниже, мимика однообразна, оставался безучастным к юмору. Обращало внимание отсутствие критики к собственной интеллектуальной несостоятельности, отрицал какие-либо нарушения умственной работоспособности и самочувствие на момент общения характеризовал как «отличное».

При исследовании не фиксировал внимание на своей работе, отсутствовали самоконтроль и самоотчет, нисколько не был заинтересован в оценке результатов своей работы и безразлично относился к критическим замечаниям и указаниям экспериментатора на многочисленные неудачи в работе. Значительно выражен дефект предварительной ориентировочно-поисковой деятельности, сразу после инструкций, а также при интеллектуальных затруднениях нередко давал отказные реакции без обдумывания. Вследствие этого нуждался в постоянном побуждении и внешнем направлении внимания на выполнение заданий. Прослеживалось более выраженное ослабление произвольности психических процессов со значительным сужением объема активного восприятия, истощаемостью произвольного внимания по гиперстеническому типу и преобладанием непроизвольной формы внимания. Поиск чисел в таблицах Шульте проводил с множественными числовыми

потерями и ошибками внимания за более длительные временные промежутки: 68, 94, 76, 86, 87сек.

Отмечалось более выраженное ослабление произвольной саморегуляции мнестической функции, которое негативно отразилось не только на продуктивности смыслового, но и на показателях механического запоминания. Вследствие этого нередко возникала необходимость во внешнем побуждении, кривая следов удержания отличалась привнесением множества «лишних» слов, не фигурировавших в задании (по созвучию «конь-огонь», а также из других заданий): 6 – 6 – 8 – 7 – 7 слов, отсрочено только 4 слова из 10. При опосредованном запоминании воспроизвел только 4 слова из 16, однако с наводящими подсказками и побуждением в приблизительном значении смог назвать еще 3 слова. Содержание рассказа «Лев и мышь» передал частично, с утратой второстепенных деталей и смог уловить лишь буквальный смысл.

При исследовании мыслительной деятельности выявлялось снижение уровня отвлечения и обобщения. Переносный смысл метафорических выражений объяснял преимущественно в буквальном смысле. Например, выражение «куй железо пока горячо» объяснял так «железо куёт кузнец», выражение «цыплят по осени считают» – «цыплята вырастают к осени». В заданиях на обобщение легко актуализировались конкретно-ситуационные связи, использовал принцип практического использования и ситуационного увязывания признаков предметов. Например, в карточке «весы, часы, очки и градусник» исключил «весы», так как остальные «должны быть в доме». В сенсублизированных пробах не находил общего у несопоставимых слов. В аналитико-синтетической деятельности нередко ориентировался на внешние более привычные наглядные признаки: «вечером темно, утром светло, озеро маленькое, река большая», «лодка и рыба похожи рыбалкой, отличаются рыба живая, лодка деревянная».

В сериях сюжетных картин раскладывал карточки в случайном порядке, критически не оценивал несоответствия, делал нелепые предположения и не улавливал юмористический оттенок. Например, попытку мужчины открыть дверь воспринимал как «танец». При описании сюжетных картин ориентировался на несущественные детали, не пытался сопоставлять их и вследствие этого не верно оценивал сюжет (например, сюжет «прорубь» воспринимал как «спорт, люди купаются»). Однако после внешнего побуждения к фиксации его внимания на более существенных элементах все же смог осмыслить сюжет.

В пиктограмме преобладали конкретные и формальные образы. Рисунки отличались фрагментарностью с крайне низкой дифференцировкой. Вследствие этого, а также вследствие диффузного характера восприятия неправильно отсрочено узнавал собственные рисунки. Рисунок, где плачут дети, воспринимал

как «2 человека радуются», счастливое лицо как «лицо, знакомство». Вербальные ассоциации оставались преимущественно высшего типа, отмечались лишь единичные эхологические ответные реакции. Сохранялись прежние нарушения динамики мышления с выраженными персевераторными тенденциями.

При нейропсихологическом исследовании на первый план выступали симптомы нарушения произвольной регуляции с трудностями образования и реализации программ, отсутствием контроля за текущим и конечным результатами деятельности, а также симптомы патологической инертности.

При исследовании экспрессивной речи в большей степени страдала способность дать развернутое речевое высказывание, были затруднены развернутые ответы (в 2-3 фразах), рассказ по сюжетной картине или серии картин заменялся констатацией последовательности изображенных фактов. Кроме этого было затруднено понимание сложных грамматических связей и отношений слов (сравнительных, атрибутивных конструкций, флективных отношений и отношений, выраженных предлогами и т.п.). Письмо под диктовку характеризовалось множеством аграмматизмов, персеверациями и единичными параграфиями. Автоматизированное письмо, списывание и чтение были сохранены.

При исследовании гностических процессов сохранено узнавание реальных объектов, реалистичных изображений, перечеркнутых и конфликтных фигур. Однако затруднена ориентировка во фрагментарных рисунках, опирался на «оптически яркие» признаки: весы принимал за вешалку, якорь – за иголку с ушком. Нарушение произвольной регуляции выступало и в виде трудностей оценки и воспроизведения звуков (ритмов и серий звуков). Зрительно-пространственный и сомато-сенсорный гнозис сохранены.

При исследовании праксиса отмечалось снижение сознательного контроля за выполнением движений по зрительному образцу с заметными трудностями при необходимости смены программы в сериях движений, заменой относительно сложных ассиметричных двигательных программ на простые симметричные. Вследствие этого возникали затруднения при переносе позы в двуручных пробах, персеверации в сериях движений. Правильно выполнял графические пробы, рисовал серии геометрических фигур, складывал фигуры из кубиков Коса, составлял целые фигуры из отдельных частей в субтестах Векслера.

При решении арифметических задач были значительно нарушены этапы предварительной ориентировки в условиях и формирования плана решений, воспринимал лишь отдельные фрагменты условий, не сличал полученные результаты с исходными данными. Ошибки не осознавались и не корректировались самостоятельно.

Заключение: по сравнению с предыдущим исследованием в настоящем ЭПИ выявлялось более выраженное ослабление произвольной регуляции некоторых высших психических функций: интеллектуальной, мнестической, гностической и двигательной со значительным нарушением способности к самостоятельной выработке программ при относительно сохранном выполнении программ, данных в инструкции, значительным нарушением регуляторного и активационного компонентов психических процессов, отсутствием контроля за текущим и конечным результатом. Это проявлялось трудностями произвольного воспроизведения любых по модальности стимулов, значительным сужением объема активного восприятия и преобладанием непроизвольной формы внимания, постоянной необходимостью во внешней организации и направлении внимания на выполнение работы. Кроме этого отмечались признаки распада ориентировочной основы интеллектуальной деятельности, снижения уровня отвлечения и обобщения, конкретность ассоциаций и преобладание конкретно-ситуационных связей и построений. В сенсibiliзированных пробах не находил общего у несопоставимых слов. В аналитико-синтетической деятельности прослеживалось значительное снижение способности к дифференцировке главного и второстепенного с ориентировкой на внешние наглядные признаки. При нейропсихологическом исследовании выявлялись признаки динамической афазии, аграмматизмов и персевераций в письменной речи. Изменения в личностной сфере проявились выраженными нарушениями произвольности, подконтрольности и критичности поведения с выраженной пассивностью в деятельности, пренебрежением морально-этических нормами, не критичностью к своей интеллектуальной несостоятельности, отсутствием самоконтроля и самоотчета и отсутствием личностного отношения к оценке результатов своей работы, снижением эмоциональных проявлений по интенсивности.

Специфическая терапия была продолжена и 19.01.09 проведено повторное динамическое психологическое исследование.

По сравнению с предыдущим исследованием испытуемый имеет опрятный внешний вид. В общении по-прежнему занимает пассивную позицию и предпочитает отвечать на вопросы экспериментатора, ответы остаются малоинформативными, фразы малоразвернутыми. Эмоциональные проявления хотя и остаются недостаточно выразительными, однако в некоторых случаях откликается улыбкой на шуточный тон экспериментатора. По-прежнему считает себя психически здоровым и заявляет о готовности приступить к прежней работе. Обращает внимание на улучшение своего состояния и положительный эффект от лечения, однако не может дать более подробных объяснений, на уточняющие

вопросы возникают отказные реакции или стереотипно повторяет, что у него «все хорошо».

В ходе ЭПИ на относительно более длительное время способен удерживать волевое усилие для продолжения работы. Тем не менее, нередко возникают просьбы о сокращении количества предлагаемых ему заданий, однако отказные реакции чаще возникают при интеллектуальных затруднениях или указании на неудачи, временами просит дать ему «подсказку». Вследствие этого реже возникает необходимость в побуждении. Критика к своим ошибкам отсутствует. Обращает внимание снижение степени выраженности сужения объема активного восприятия, однако произвольное внимание остается истощаемым по гиперстеническому типу.

Несколько повысились показатели механического запоминания, отмечается снижение количества «лишних» слов: 5, 6, 7, 8, 8, отсрочено 5 слов из 10. Продуктивность логического запоминания остается сниженной. Содержание рассказа-басни («Муравей и голубка») передает лишь частично, не может воспроизвести его заключительную часть, вследствие этого не осмысляет полностью суть басни («как голубка спасла муравья»). При опосредованном запоминании воспроизводит только 7 слов из 16.

При исследовании мыслительной деятельности не выявляется выраженной динамики, сохраняются признаки снижения уровня отвлечения и обобщения, выраженная конкретно-ситуационная направленность мышления и конкретность ассоциаций, а также снижение дифференцировки главного и второстепенного. Переносный смысл метафорических выражений объясняет по мере увеличения их степени сложности в буквальном смысле. В сериях сюжетных картин способен к установлению причинно-следственных связей с наводящей помощью и побуждением.

При нейропсихологическом исследовании в несколько меньшей степени выражены симптомы нарушения произвольной регуляции и патологической инертности.

Отмечаются положительные изменения письменной речи в виде заметного снижения количестваagramматизмов и персевераций. Однако сохраняются проявления динамической афазии, а также трудности понимания сложных грамматических связей и отношений слов.

При исследовании гностических процессов без выраженных затруднений ориентируется во фрагментарных рисунках, а также правильно оценивает и воспроизводит ритмы по образцу.

При исследовании праксиса отмечаются незначительные затруднения при необходимости смены программы в сериях движений.

Сохраняется апродуктивность при решении математических задач, поверхностно и частично воспринимает условие математической задачи, вследствие этого выполняет ошибочные действия с числами.

Заключение: по сравнению с предыдущим исследованием в настоящем ЭПИ отмечается определенная положительная динамика в виде повышения произвольной регуляции психических процессов и гностической функции, а также способности на относительно более длительное время удерживать волевое усилие для работы и снижения необходимости во внешнем побуждении. Кроме этого выявляются повышение активности произвольного внимания и повышение продуктивности механического запоминания. В мыслительной деятельности сохраняются признаки снижения уровня отвлечения и обобщения, выраженная конкретно-ситуационная направленность мышления и конкретность ассоциаций, снижение дифференцировки главного и второстепенного. В личностной сфере отмечаются стремление к опрятности во внешнем виде, слабая непродолжительная эмоциональная откликаемость на шуточный тон экспериментатора. Сохраняются прежние нарушения подконтрольности и критичности поведения.

Выводы. Таким образом, данные патонейропсихологических исследований указывают на сформированный органический симптомокомплекс (клинически – СПИД-деменция), свидетельствующий о преимущественном вовлечении в патологический процесс лобно-конвекситальных отделов головного мозга с формированием стойкого нейрокогнитивного дефицита. Малая обратимость патонейропсихологического органического симптомокомплекса в процессе этиотропной терапии также обусловлена преимущественным поражением лобных отделов головного мозга.

Литература

1. Габрильянц М.А. Анозогнозический вариант патологической реакции на тяжёлый стресс у ВИЧ-инфицированных военнослужащих // Научное издание «Что нового в современной психиатрии и психотерапии? Креативные аспекты в современном лечении», «Психоневрология в современном мире»: материалы: / Под ред. Проф. Незнанова Н.Г.; ФГУ «СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева Росздрава». – СПб.: Изд-во «Человек и здоровье», 2007. – С.81
2. Гавура В.В. Поражение центральной нервной системы при синдроме приобретённого иммунодефицита. Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1995; Т.95, 2: 96-100.
3. Зимушко Е.И., Белозёров Е.С. ВИЧ-инфекция. – СПб.: «Питер», 2000.
4. Покровский В.В., Ермак Т.И., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ – инфекция: клиника, диагностика, лечение. – М.: «ГЭОТАР Медицина», 2000.
5. Самойлов М.И. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Оренбургской области // «Актуальные вопросы военной и практической медицины»: сборник материалов VII Всероссийской научно-практической конференции врачей Приволжско-Уральского военного округа (в 2-х томах). Оренбург. – 2006. – Т.1 – С. 380-383.
6. Britton S. The HIV pandemic: darkness prevails but there is light. Scand J Public Health 2004;32: 232–233.
7. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? Lancet 2004; 364:83–94.

8. Lipman M., Breen R. Immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2006; 19: 20–25.
9. Louthrenoo W. Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Curr. Opin. Rheumatol.* 2008; 20: 92–99.
- 10 WHO Regional Office for Europe, Sexually transmitted infections /HIV/AIDS Programme, unpublished data, 1 June 2005.

Abstract.

**A.I. Mihaleva, E. Yu. Antokhin, Y.S. Zhuravlev
PATHONEUROPSYCHOLOGY IN AIDS-DEMENTIA**

Chair of psychiatry and medical psychology Orenburg State Medical Academy; Orenburg
Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 1

In our work we present data of the three experimental psychological examinations of a patient with AIDS-dementia. Patient was evaluated on admission in a hospital and during the therapy. It was estimated that there were signs of organic pathopsychological symptom-complex with of fronto-konveksital departments of the brain, which is due to irreversibility of disturbances in spite of special therapy.

Key words: AIDS-dementia, pathopsychological investigation.

References.

1. Gabrilyanc M.A. Anozognosic variant of pathological reaction to heavy stress at HIV-INFECTED military men // the Scientific edition « That new in modern psychiatry and psychotherapy? Creative aspects in modern treatment », « Psychoneurology in the modern world »: materials / Edit. Neznanov N.G.; NII V.M. Behtereva . – St-Petersburg.: «the Person and health », 2007. – P.81.
2. Gavura V.V. Defeat of the central nervous system at Acquired Immune Deficiency Syndrom // *J. neurology and psychiatry S.S. Korsakov.* – 1995. – Vol.95, No 2. – P.96-100.
3. Zimushko E.I., Belozerov E.S. The HIV-INFECTED. - St-Petersburg: "Piter", 2000.
4. Pokrovskij V.V., Ermak T.I., Beljaeva V.V., Yurin O.G. A HIV - an infection: clinic, diagnostics, treatment. - Moscow.: «GEOTAR Medicine», 2000.
5. Samoilov M.I. Feature of epidemic process of the HIV-INFECTED in the Orenburg area // « Pressing questions military and applied medicine »: the collection of materials of VII All-Russia scientific - practical conference of doctors, Orenburg. - 2006. - Vol.1 - P.380-383.
6. Britton S. The HIV pandemic: darkness prevails but there is light. *Scand J Public Health* 2004; 32 : 232-233.
7. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet* 2004; 364:83-94.
8. Lipman M., Breen R. Immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2006; 19 : 20-25.
9. Louthrenoo W. Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Curr. Opin. Rheumatol.* 2008; 20 : 92-99.
- 10 WHO Regional Office for Europe, Sexually transmitted infections/HIV/AIDS Programme, unpublished data, 1 June 2005.

Сведения об авторах: Михалёва Анна Игоревна – клинический психолог Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1 E-mail: michaleva05@rambler.ru

Антохин Евгений Юрьевич – клинический психолог, врач-психиатр, психотерапевт Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии Оренбургской государственной медицинской академии, кандидат мед.наук. E-mail: antioh73@rambler.ru

Журавлёв Ярослав Сергеевич – врач-психиатр Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1. E-mail: YJuravlev@gmail.com

Н.Л. Овсянникова, А.Н. Самохин, С.Н. Эльтеков
**ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНО-
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СЛУЖБЫ
ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ 2003-2007 ГГ.**

ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер»

Резюме. В настоящем аналитическом обзоре представлены статистические данные о деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Воронежской области в период с 2003 по 2007 гг., их анализ, основные тенденции развития.

Ключевые слова: дееспособность, недееспособность, вменяемость, невменяемость, судебно-психиатрическая экспертиза, Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер.

Актуальность. Система судебной психиатрии в России, в т.ч. и судебно-психиатрическая экспертная служба (СПЭС), в своём современном виде сложилась в 80-х годах 20 века, когда в её структуру из МВД были переданы психиатрические стационары специального типа [Т.Б. Дмитриева, 2001]. В судебно-следственной системе государства судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) выполняет функции независимой экспертной оценки вменяемости или дееспособности фигурантов по уголовным и гражданским делам, выступая одновременно в роли защитника прав психически больных [Г.В. Морозов, 1990; Т.Б. Дмитриева, 2001; Н.В. Dunham, 1977; R. Slovenko, 1992].

Нормативно-правовая база СПЭС в последние годы претерпела фундаментальные изменения, связанные с формированием нового уголовного, гражданского, процессуального законодательства и принятием закона №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (2001).

В последние годы в результате социально-экономических изменений в обществе и вследствие кризиса в здравоохранении возрастает количество и тяжесть общественно опасных действий (ООД), совершаемых психически больными лицами [М.М. Мальцева, В.П. Котов, 1995; Г.В. Назаренко, 2001; J.C. Bonovitz, E.V. Guy, 1979; P.W. Corrigan et al., 2001, 2002].

В Российской Федерации Приказом Минздравсоцразвития России (№№ 261, 262 от 14.08.02 г.) введена специальность, требующая углубленной подготовки, – судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). Приказом Минздравсоцразвития №39 от 27.01.06 г. утверждены рекомендуемые штатные нормативы отделений СПЭ. Указанные законодательные новации потребовали реорганизации всей судебно-психиатрической экспертной службы (СПЭС).

Основное требование Закона: СПЭ должна проводиться в судебно-экспертном учреждении (отделении), укомплектованном штатом государственных экспертов, что позволит психиатрическим учреждениям (ПУ) получить статус

государственного экспертного учреждения и лицензию на осуществление экспертной деятельности.

В связи со сказанным производство амбулаторных СПЭ судебно-психиатрическими экспертными комиссиями (СПЭК), существовавшими ранее, а также проведение стационарной СПЭ в общих психиатрических отделениях (при отсутствии в данном учреждении отделения СПЭ) становится нелегитимным, а экспертные решения, вынесенные в этих учреждениях могут быть оспорены.

В ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер» в июле 2003 г. создано отделение амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз. Отменен институт председателей комиссии. По объему экспертной деятельности впереди Воронежской области - Московская, Ленинградская, Ульяновская, Алтайский край, Краснодарский, Красноярский, Оренбургская, Новосибирская области, и еще несколько территорий.

Структура судебно-психиатрической экспертной работы по видам экспертиз

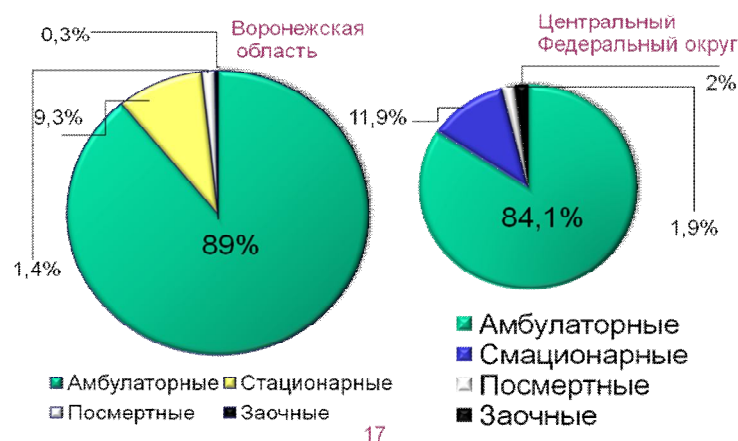


Рис. 1. Структура судебно-психиатрической экспертной работы

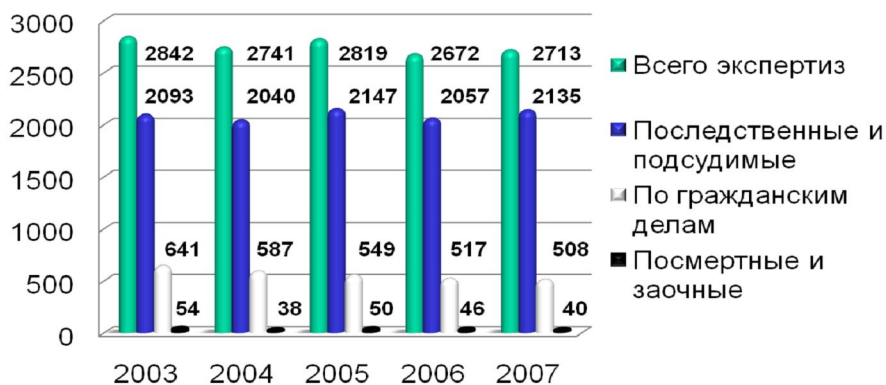


Рис. 2. Объем экспертиз

При проведении стационарных судебно-психиатрических экспертиз в 2004 г. и в 2005 г. функционировали 2 отделения (Тенистый и Орловка). В 2006 г. – 1 отделение на 30 коек и в 2007 г. – на 25 коек. Практика показала, что 25 коек вполне удовлетворяют потребность в проведении такого рода экспертиз. Самый низкий оборот койки был в 2004-2005 гг., когда функционировали 2 отделения. Следует отметить, что оборот койки 12,5 (2007 г.) благополучен и он выше среднероссийского показателя (10,2) С принятием закона «О государственной судебно-экспертной деятельности» строго регламентированы сроки проведения стационарной экспертизы (до 30 дней).

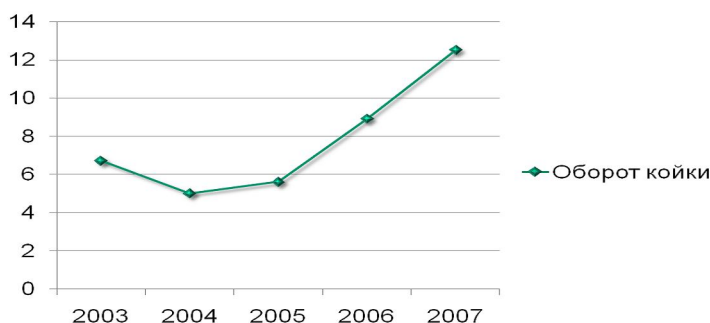


Рис. 3. Оборот койки

Из общего количества всех экспертиз 89% проводятся амбулаторно, 9,3% стационарно, посмертные и заочные также проводятся амбулаторно.

Следует отметить, что показатель заочных экспертиз (0,3%) значительно лучше Российского, который составляет 2%.

Из всех прошедших экспертизу по уголовным делам вменяемыми признаны 83,1%, невменяемыми – 6,8% и нерешенные составляют – 10,1%.

Характер экспертных решений в отношении лиц, прошедших экспертизу по уголовным делам, %.

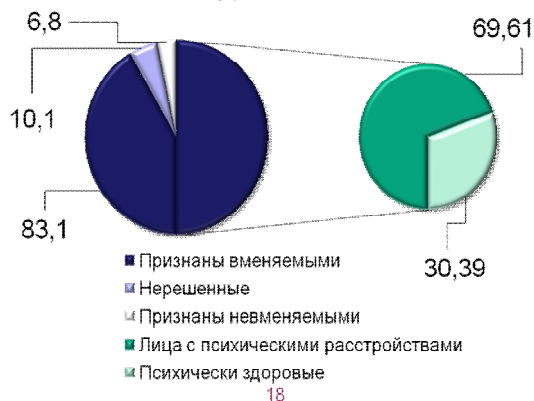


Рис. 4. Характер экспертных решений в отношении лиц, прошедших экспертизу по уголовным делам

Из признанных вменяемыми лишь 30,39% признаны психически здоровыми, а 69,61% имеют какие либо психические расстройства (умственная отсталость, органические и психические расстройства, алкоголизм, личностные расстройства и др.), которые не достигают степени невменяемости. Эти лица, как правило, попадают в места лишения свободы. Среди невменяемых на 1 месте больные шизофренией – 46,9%, на 2 месте умственная отсталость – 31,6%, на 3 месте – органические психические расстройства – 14,6%. Прочие составляют – 4,4%, алкоголизм – 2,5% (как правило, это алкогольные психозы).

Состав невменяемых по нозологическим формам за 2007 г. в %.

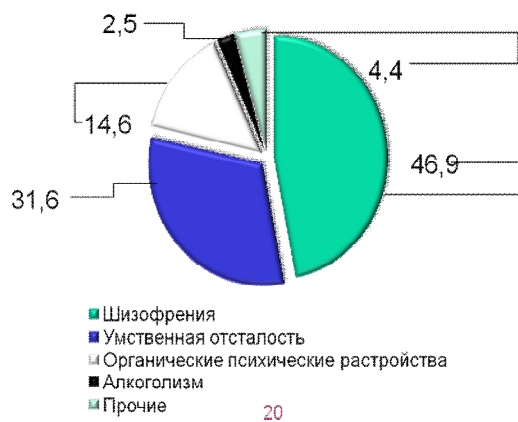


Рис.5. распределение невменяемых по нозологическим формам

Из общего числа невменяемых подэкспертных определено принудительное лечение:

- 44,2% - стационар общего типа;
- 21,8% - специализированное отделение;
- 7,5% - ПБСТИН;
- 23,8% - амбулаторное принудительное лечение.

Меры медицинского характера в отношении невменяемых.

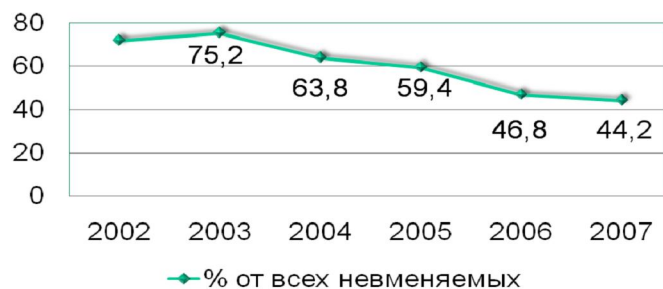


Рис. 6. Объем принудительного лечения в психиатрической больнице общего типа

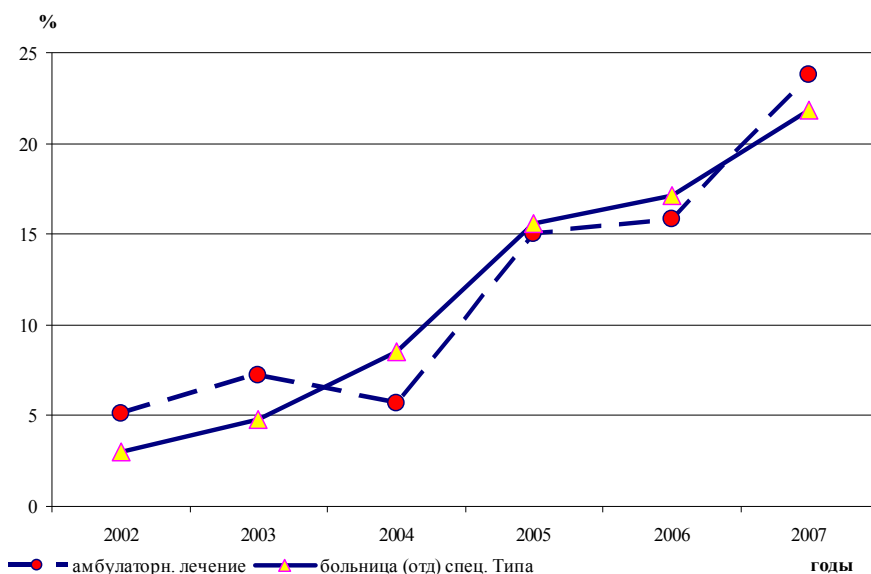


Рис. 7. Меры медицинского характера в отношении невменяемых

Динамику снижения данного показателя от 71,7% до 44,2% в 2007 г. следует считать положительной, т. к. принудительное лечение довольно специфично и его следует проводить в специально – созданных условиях.

За последние годы успешно развивается амбулаторное принудительное лечение.

В диспансере создан кабинет занимающийся вопросами АПЛ (кабинет активного динамического наблюдения), который курирует пациентов и с определенным им амбулаторным принудительным лечением.

В комплексе научных проблем наиболее важными и требующими дальнейшей разработки являются: а) проблема дееспособности, ограниченной дееспособности; б) разработка критериев диагностической и экспертной оценки психических расстройств при различных видах СПЭ в гражданском процессе.

Проблема дееспособности, несмотря на её важность и актуальность, как с точки зрения защиты прав лиц с психическими нарушениями, так и потребностей теории и практики судебной психиатрии, не разработана в достаточной мере. Существующие в рамках этой проблемы положения устарели, отсутствуют единые, отвечающие требованиям научной методологии подходы к понятиям «дееспособность», «недееспособность», «ограниченная дееспособность», их взаимоотношению между собой и другими понятиями в данном разделе науки.

Законодательное обеспечение решения вопросов недееспособности несовершенно и не отвечает запросам практики. Необходимость исследования проблемы дееспособности обусловлена ещё и перспективой введения в законодательство института ограниченной дееспособности в отношении лиц с

психическими расстройствами, а не только в отношении несовершеннолетних и страдающих алкоголизмом и наркоманией, как это предусмотрено в законе до настоящего времени. При этом проблема ограниченной дееспособности практически вообще не исследовалась, как во времена СССР, так и в настоящее время. Поэтому понятия «дееспособность», «недееспособность», «ограниченная дееспособность» требуют анализа с современных позиций, а критерии дееспособности – уточнения и обоснования.

Литература:

1. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации аналитический обзор под редакцией Т.Б. Дмитриевой за 2002-2006 г. г.
2. Отраслевая учетная форма № 38 за 2004-2007 г. г. «Сведения о работе отделений судебно- психиатрической экспертизы».

Abstract.

N.L. Ovsjannikova, A.N. Samohin, S.N. Eltekov

THE BASIC INDICATORS OF ACTIVITY IT IS JUDICIAL - PSYCHIATRIC EXPERT SERVICE OF THE VORONEZH AREA 2003-2007 OF VORONEZH REGIONAL CLINICAL PSYCHO NEUROLOGICAL CLINIC

In the present state-of-the-art review about activity of judicial-psychiatric expert service of the Voronezh area statistical data are presented to the period with 2003 for 2007, their analysis, and the basic tendencies of development.

Keywords: Responsibility, diminished responsibility, mental frustration, «the Voronezh regional clinical psycho neurological clinic», judicial-psychiatric examination, capacity, an expert estimation, judicial-psychiatric expert service.

References.

1. The basic indicators of activity of judicial-psychiatric expert service of the Russian Federation the state-of-the-art review under T.B.Dmitrievoy's edition for 2002-2006 of
2. The branch registration form № 38 for 2004-2007 of «Data on work of branches it is judicial - psychiatric examination».

Сведения об авторах: Овсянникова Надежда Леонидовна – заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности ГУЗ «ВОКПНД» г. Воронеж ул. 20 лет Октября д. 73. тел.71-53-64.

Самохин Александр Николаевич – заведующий организационно – методическим отделом ГУЗ «ВОКПНД» г. Воронеж ул. 20 лет Октября д. 73. тел.71-59-97 (раб.) , e-mail: samochin67@mail.ru

Эльтеков Сергей Николаевич – психиатр – эксперт амбулаторного отделения судебно-психиатрической экспертизы ГУЗ «ВОКПНД», г. Воронеж ул. 20 лет Октября д. 73. тел.53-98-28.

М.А. Пальчиков, О.Ю. Ширяев, Е.А. Лебедева
**АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ
С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТОЧНЫХ
ПАЗУХ НОСА**

Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им.Н.Н. Бурденко

Резюме. Цель исследования – повышение эффективности терапии пациентов с воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа на основе анализа особенностей личности. С помощью опросников SF-36, ТОБОЛ и FPI были обследованы больные (n=42) с воспалением придаточных пазух носа. Установлено, что в исследованной группе имеется низкий уровень качества жизни в сочетании с неблагоприятным личностным профилем со склонностью больных к невротизации, эмоциональной неустойчивости и замкнутости. При этом ни у одного пациента не был выявлен гармоничный тип отношения к болезни.

Ключевые слова: синусит, психологические особенности, качество жизни, тип отношения к болезни

Актуальность. Синусит – воспалительное заболевание околоносовых пазух бактериальной, вирусной, грибковой или аллергической природы. Это одно из наиболее частых заболеваний, с которыми имеют дело врачи общей практики и оториноларингологи. Острые и хронические воспалительные процессы слизистой оболочки и костных стенок придаточных пазух носа по данным различных авторов встречаются у 25-30% пациентов с ЛОР-патологией [3].

Клиническая картина острого синусита определяется общими и местными признаками воспаления. Проявлениями общей реакции может быть, в частности, головная боль, лихорадочное состояние, общее недомогание, слабость и типичные изменения в крови. Эти симптомы неспецифичны, поэтому в диагностике синусита первостепенное значение имеют местные проявления заболевания [1].

Среди основных жалоб можно выделить снижение обоняния, затруднение носового дыхания, патологические выделения из носа. Головная боль чаще локализуется в лобно–височных отделах, нередко усиливается при движениях головы. При наличии хорошего оттока для экссудата у пациентов может не быть головной боли. Затруднение носового дыхания при синусите развивается в результате обструкции носовых ходов при отеке или гиперплазии слизистой оболочки, при наличии патологического секрета в носовых ходах [1].

В доступной литературе имеются данные о связи эмоционального состояния пациентов и течением синуситов. Установлено, что у большей части пациентов имеются признаки проявлений тревоги и депрессии, при этом, чем более выражена психическая симптоматика, тем чаще такие больные обращались за помощью к специалистам-оториноларингологам, принимали более высокие дозы антибиотиков и для них были более характерны генерализованные формы заболевания [4].

Также показано, что среди пациентов с синуситами проведение специального лечения лишь в незначительной части случаев приводит к достоверному улучшению качества жизни [2].

Цель исследования – повышение эффективности терапии пациентов с воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа на основе анализа особенностей личности.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели в условиях свободной выборки на базе отделения оториноларингологии Воронежской областной клинической больницы были обследованы больные (n=42). Из них 19 мужчин и 23 женщины. Средний возраст пациентов составил $42,26 \pm 2,12$ (от 24 до 58 лет). Среди пациентов чаще встречались больные с диагнозом «острый гайморит» (69%), у 16% имелся диагноз «острый фронтит», у остальной части больных были диагностированы различные полисинуситы.

В работе применялись клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы исследования. С больными проводилась беседа, и все данные заносились в индивидуальную карту больного, которая включала: паспортные данные, жалобы на психическое и соматическое состояние, анамнез заболевания и жизни, психический и соматический статус, данные лабораторных и инструментальных исследований. Была использована батарея методик, которая включала следующие опросники: SF-36 для вычисления уровня качества жизни, ТОБОЛ для определения типа отношения к болезни, FPI для анализа личностного профиля.

Полученные результаты и их обсуждение. В таблице представлены данные выраженности уровня качества жизни у обследованных пациентов с синуситами.

Таблица

Показатели качества жизни у больных с воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа (n=42)

Шкала	T-балл
Физическое функционирование (PF)	57,63±3,03
Роловое физическое функционирование (RP)	52,98±2,36
Интенсивность боли (BP)	48,83±2,46
Общее состояние здоровья (GH)	42,51±1,97
Жизненная активность (VT)	35,12±1,67
Социальное функционирование (SF)	65,36±3,52
Роловое эмоциональное функционирование (RE)	37,36±2,03
Психическое здоровье (MH)	42,32±1,97

Как видно из представленных в таблице данных, среди обследованных пациентов выявлен сниженный уровень качества жизни, особенно неблагоприятную выраженность имеют показатели интенсивности боли, жизненной активности, общего здоровья, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья. Относительно высокими (более 50 Т-баллов) остаются показатели по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования, а также социального функционирования.

Далее на рисунке 1 представлены данные частотного распределения встречаемости различных типов отношения к болезни среди исследуемой группы пациентов.

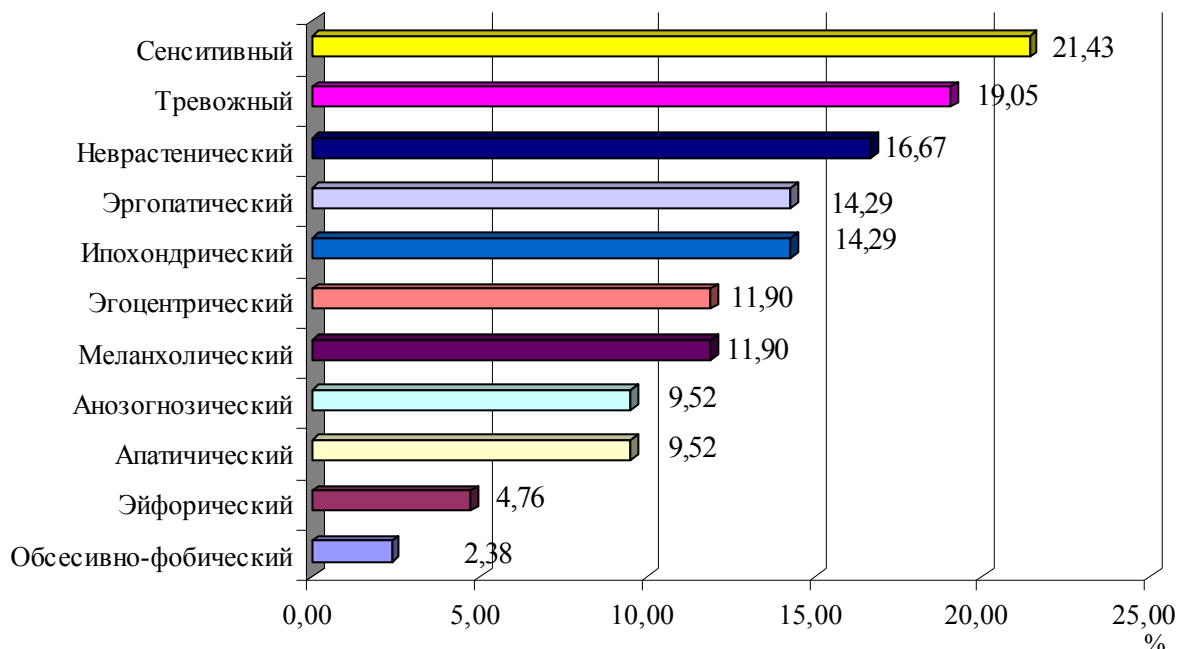


Рис. 1 Выявленные типы отношения к болезни у пациентов с воспалением придаточных пазух носа

Как видно из представленных на рисунке данных, среди исследованной группы пациентов ни у одного не был выявлен гармоничный тип отношения к болезни. Среди обследованных преобладали сенситивный (21,43%) и тревожный (19,05%) типы отношения к болезни, также часто встречались неврастенический (16,67%), ипохондрический, эргопатический (по 14,29%), меланхолический и эгоцентрический типы (по 11,90%). Меньшая частота соответствует апатическому, анозогнозическому (по 9,52%) и эйфорическому (4,76%) типам. Наиболее редко встречался обсессивно-фобический тип отношения к болезни (2,38%).

Далее на рисунке 2 представлен усредненный личностный профиль исследуемой группы согласно данным, полученным в результате обследования пациентов с помощью опросника FPI.

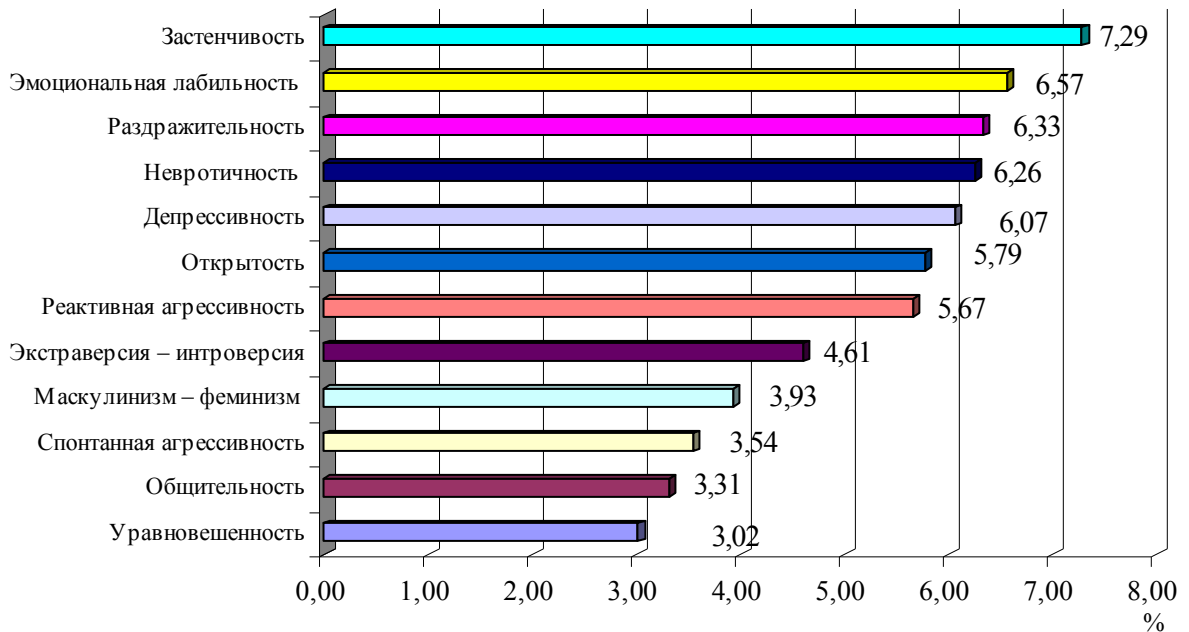


Рис. 2 Усредненный личностный профиль пациентов с воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа

Как видно из представленных на рисунке 2 данных, у пациентов исследуемой группы имеются признаки невротизации (шкала 1), повышена раздражительность (шкала 4), но при этом обнаружен низкий уровень спонтанной агрессивности (шкала 2), имеется снижение потребности в общении (шкалы 5 и 8), признаки неустойчивости в поведении и эмоциональном состоянии (шкалы 6 и 11).

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволяет утверждать, что в исследованной группе больных с хроническим синуситом имеется низкий уровень качества жизни в сочетании с неблагоприятным личностным профилем со склонностью больных к невротизации, эмоциональной неустойчивости и замкнутости. При этом ни у одного пациента не был выявлен гармоничный тип отношения к болезни.

Полученные данные, на наш взгляд, обосновывают необходимость проведения психологического обследования всем больным с воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа. При выявлении группы риска следует направить больного на консультацию психиатра.

Литература.

1. Лучихин Л.А., Полякова Т.С. Диагностика и лечение острого синусита, М. 1999.
2. Mace J, Michael YL, Carlson NE, Litvack JR, Smith TL. [Effects of depression on quality of life improvement after endoscopic sinus surgery.] Laryngoscope. 2008 Mar;118(3):528-34
3. Namyslowski G., Misiolok M., Czecior E., Malafiej E., Orecka B., Namyslowski P., Misiolok H. « Comparison of the efficacy and tolerability of amoxicillin/clavulanic acid 875 mg b.i.d. with cefuroxime 500 mg b.i.d. in the treatment of chronic and acute exacerbation of chronic sinusitis in adults.» J Chemother. 2002 Oct; 14 (5):508-517.
4. Wasan A, Fernandez E, Jamison RN, Bhattacharyya N Association of anxiety and depression with reported disease severity in patients undergoing evaluation for chronic rhinosinusitis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2007 Jul;116(7):491-7.

Abstract.

M.A. Palchikov, O.Y. Shiryaev, E.A. Lebedeva

**THE ANALYSIS OF PERSONAL TRAITS OF THE PATIENTS WITH THE
INFLAMMATION OF PARANASAL SINUS**

The Dep. of Psychiatry N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy

Abstract. The objective of the trial is to evaluate the efficiency of the treatment of the patients with the inflammation of paranasal sinus by the analysis of personal traits. Using SF-36, TOBOL and FPI a group of patients was examined. The low level of life quality, along with the unfavourable type of personal profile: neurotic disposition, emotional instability and reticence were revealed among the patients. Moreover, there were no patients with harmonious type of the attitude towards the disease.

Key words: inflammation of paranasal sinus, neurotic disposition, life quality.

Л. О. Пережогин
**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА
С ДЕТЬМИ ГРУППЫ РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В СПЕЦИАЛЬНЫХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

*ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В. П. Сербского» Росздрава*

Резюме. В статье изложен опыт психотерапевтической реабилитационной работы с несовершеннолетними группы риска употребления психоактивных веществ в условиях специальных образовательных учреждений. Описаны применявшиеся психотерапевтические приемы, техники. Разработана программа психотерапевтической и психокоррекционной работы, проводимой полипрофессиональной бригадой специалистов (врачи, психологи, педагоги).

Ключевые слова: подростки, психотерапия, наркомания, реабилитация, профилактика.

Наркологическая ситуация, сложившаяся в Российской Федерации в последнее десятилетие, характеризуется следующими тенденциями:

– приобщение детей, подростков и молодежи к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) все шире затрагивает младшие возрастные группы и характеризуется тяжестью медико-социальных последствий;

– наркотики все прочнее укрепляют статус особой субкультуры. Отдельные наркотические средства и психотропные вещества стали неотъемлемым атрибутом дискотек, концертов модных музыкальных групп;

– снижение возраста потребителей психоактивных веществ сопровождается вовлеченных детей и подростков генерализованными формами социальной дезадаптации. Около 65% детей и подростков с формирующейся зависимостью от ПАВ не учатся и не работает, до 40% госпитализаций в детские психиатрические клиники с сопутствующими психическими расстройствами и нарушениями возрастного психического развития составляют дети и подростки с асоциальным поведением в сочетании с токсикоманиями и ранней наркотизацией;

– при начале употребления детьми и подростками алкоголя и других психоактивных веществ современная семья оказывается не подготовленной к решению сложных семейных проблем, связанных с противодействием употреблению детьми психоактивных веществ, и, как правило, действует вслепую;

– при всей масштабности патологических сдвигов, происходящих в здоровье детско-подростковой популяции в связи с наркотизацией, данный процесс для многих педиатров, детских психиатров, а также специалистов образовательных учреждений, отвечающих за обучение и воспитание детей, остается «латентным». Часто это сопровождается отстраненной позицией по отношению к проблеме ранней алкоголизации и наркотизации несовершеннолетних.

Вышесказанное определяет необходимость разработки основ комплексной оценки психического состояния детей и подростков с аддиктивным поведением, то есть с высоким риском формирования зависимости от психоактивных веществ и основ профилактической и реабилитационной работы. Ситуация требует адресной профилактики формирования зависимости от наркотиков, которая ориентирована на детей и подростков, пробовавших наркотики (другие ПАВ), либо несовершеннолетних, имеющих признаки формирующейся зависимости на начальной стадии (профилактика для групп «риска формирования зависимости»), которая могла бы осуществляться вне медицинского учреждения. Отдельная задача комплексных профилактических мероприятий – восстановление у подростков группы риска навыков социального функционирования, их реинтегрирование в социальную среду.

Введение понятия «риска формирования зависимости» обуславливает необходимость разработки критериев оценки аддиктивного поведения, способов анализа социальной ситуации развития ребенка в группах «риска» и психосоциальных факторов, определяющих мотивацию аддиктивного поведения, степень выраженности сопутствующих психических расстройств, включая отклонения в онтогенетическом развитии. Исходя из концепции, что аддиктивное поведение детей и подростков – это «саморазрушающее» поведение, которое определяется повторяющимися действиями, направленными на систематическое употребление психоактивных веществ с целью изменения своего психического состояния с развитием выраженных первичных социальных, психологических и медицинских последствий еще до стадии формирования зависимости, можно говорить о группах факторов риска, определяющих в дальнейшем формы аддиктивного поведения. Вострокнутовым Н.В. с соавт. в 2003 была предложена классификация факторов риска наркотизации, а в дальнейшем Вострокнутовым Н.В. и Пережогиным Л.О. определен их относительный удельный вес в формировании аддиктивного поведения несовершеннолетних. Как показал клинико-статистический анализ 292 клинических наблюдений несовершеннолетних группы риска, определяющими в формировании аддиктивного поведения являются социальные факторы микроокружения (школьная успешность/неуспешность, наличие\отсутствие краткосрочных перспектив в учебе, спорте, приобретении профессии, семейное благополучие\неблагополучие, легкость/сложность приобретения наркотических и токсических веществ) и психические расстройства (формирующиеся расстройства личности, дефицит внимания с гиперактивностью, неглубокие формы когнитивного дефицита, органическая церебральная патология с аффективными расстройствами). Таким образом, именно эти две группы факторов риска должны

в первую очередь стать объектами целевой комплексной психотерапевтической и коррекционной работы.

В последние годы в арсенал психокоррекционной работы вошли личностно-ориентированные техники, направленные на решение проблемных ситуаций личности в состоянии транса, т.е. в измененном состоянии сознания (ИСС). Эти методики (кататимно-образная психотерапия или символдрама, телесно-ориентированная психотерапия) используют специфические состояния «инсайта», как средства саногенного стресса. Изначально созданные в школах гуманистически ориентированной психотерапии для медицинских целей и лечения психосоматических расстройств, эти методы, видоизмененные и усовершенствованные, находят успешное применение в психотерапевтической работе по коррекции при патологических формах аддиктивного поведения. Столь важная в большинстве ситуаций групповая психотерапевтическая работа в случае подростков группы риска по наркозависимости отходит на второй план: в группе быстро начинают доминировать наиболее brutальные, агрессивные лидеры, которые имеют наибольший стаж злоупотребления ПАВ и выраженный «органический» дефект. Их стремление к самоутверждению через силу, отрицание всяческих авторитетов делает работу в группе сложной и деструктивной. Поэтому особую роль приобретает индивидуальная психотерапия.

Индивидуальные занятия проводятся в уютном помещении, относительно изолированном от внешних раздражителей, не напоминающем обстановку класса или учительского кабинета. Ребенку предлагают сесть в уютное кресло и чувствовать себя непринужденно. После 10–15 минутного знакомства - разговора о школе, проблемах, интересах, текущих событиях, приступают к занятию. Ребенка просят максимально расслабить руки, ноги, как будто он собирается немного подремать, сделать несколько глубоких вдохов. Такие инструкции на релаксацию даются в течение 2–4 минут. После знакомства и выяснения проблемы подросткам объясняют, что их собственный организм обладает мощными ресурсными возможностями к самовыздоровлению и поэтому в процессе психокоррекционного сеанса им необходимо довериться своему телу, своим ощущениям и просто наблюдать за ними. Таким образом, перед началом сеанса, осуществляется психотерапевтическое наведение, создающее установку на восстановление нарушенных функций и общее укрепление организма. Данная процедура, по сути, является сочетанием внушения в бодрствующем состоянии и рациональной разъяснительной психотерапии.

Ребенка просят удобно устроиться в кресле и закрыть глаза: «Внимательно прислушайтесь ко всем своим ощущениям; описывайте все изменения в ощущениях, которые сейчас происходят сейчас. Внимательно наблюдайте за ними

и рассказывайте. Какие образы возникают перед внутренним взором? Какие чувства и эмоции возникают по этому поводу?» Одновременно большое внимание уделяется дыханию пациента. Предлагаем сосредоточиться на дыхании: «Как Вы ощущаете свое дыхание? Какие ощущения на вдохе, какие на выдохе? На что похожи эти ощущения? Внимательно наблюдайте и рассказывайте. Какие чувства они вызывают? Какие образы возникают при этом?»

Работа проводится в спонтанно возникающем измененном состоянии, которое наступает во время концентрации внимания пациента на своих телесных ощущениях, чувствах и эмоциях, вызванных этими ощущениями и мысленных образах, возникающих в связи с этими переживаниями. Любые ощущения и переживания, возникающие во время сеанса, имеют значимый характер, поэтому появляется возможность выявить травмирующие ситуации, являющиеся причинами проблемы; отреагировать «блокированные» эмоции и помочь организму «включить» ресурсные возможности. Часто в связи с сопротивлением возникает необходимость использовать приемы телесно-ориентированной терапии: легкий массаж воротниковой зоны и спины, наложение рук на участки мышечного напряжения, что, как правило, вызывает ощущения тепла, чувства доверия к терапевту и происходящим при терапии изменениям. В ряде случаев возникает состояние возрастного регресса, что позволяет глубже войти в состояние измененного сознания. Если несовершеннолетний воздерживается от выражения своих образов-представлений, каких-либо мыслей или чувств, то он непроизвольно задерживает дыхание, так как это форма сопротивления. В этом случае предлагаем глубоко и медленно дышать животом, что, как правило, оживляет подавленные эмоции.

Наблюдаются следующие формы реагирования:

1. Комплекс сенсорных ощущений. При этом, как правило, возникают эмоциональные (чувство тоски, тревоги со слезами или чувство уверенности, эмоционального подъема, радости...) и мышечные (от легких форм мышечного напряжения до мышечных спазмов) ощущения. Одновременно наблюдается экспрессивная мимика, выразительность жестов, стереотипная повторяемость движений, например как при плавании или ходьбе. Тактильные ощущения характеризуются чувством жара, холода, реже ощущением «холодного потока», проходящего сквозь тело, покалыванием, жжением, онемением на определенных участках тела, ощущением «свинцовой» тяжести или легкости, как бы невесомости и так далее.

2. Зрительно-образные представления – трансперсональные переживания, отражающие проблемы. Основным признаком данной формы реагирования является обилие зрительных образов, сменяющих один другой. Представления

воспринимаются несравненно чувственнее, острее, чем при самом образном воображении у конкретных пациентов. Они часто имеют сценopodobный характер, сопровождаются живым личностным участием. Это поражает воображение пациентов, поэтому они активно начинают давать трактовку этих переживаний, связывая их с проблемами и событиями в своей жизни.

3. Смешанный тип реагирования – комплекс сенсорных ощущений и ярких трансперсональных переживаний (экстатические переживания свободы, невероятной мощи, космических полетов; битв и сражений по мифологическим сюжетам, ощущение перевоплощения себя в сказочные персонажи, в животных, в неодушевленные предметы и так далее).

Характер переживаний в основном зависит от исходного уровня тревожности и во многом ею определяется. Задача специалиста – в измененном состоянии сознания оживить и усилить подавленные чувства, эмоционально выразить их и тогда через соматотелесное реагирование происходит восстановление функций организма, слом старых сложившихся стереотипов в поведении и сложившихся психологических защит. Одновременно происходит скачкообразный выход на новые формы адаптации к социуму.

После сеанса дается домашнее задание: перед сном представлять ручей, умываться, по возможности купаться и пить из него чистую воду. Тема ручья в данном случае выражает «орально-материнский символ», а вода, как основополагающий «элемент» жизни, воплощает жизненную энергию, поэтому образное представление ручья несет в себе исцеляющий элемент. На следующих занятиях работа дополнялась погружением в отдельные архетипические темы с мотивами «луга», «ручья», «озера» или «моря» по методу «символодрамы». Целенаправленное визуально-образное представление глобальных «архитипических», символических образов всегда носит глубоко индивидуальный характер, отражает личностно значимые стороны ребенка и, естественно, его основные проблемы. Данный терапевтический подход прекрасно зарекомендовал себя в современной психотерапии, являясь одним из наиболее признанных методов личностного роста, а также лечения детских невротических расстройств.

После рассказа о днях, предшествующих сеансу, ребенка просят расслабиться, «подремать», попытаться немного пофантазировать. Предлагается первый сюжет: «я прошу тебя представить какое-нибудь открытое место – поле, луг или поляну»; «ты можешь представлять это с открытыми или с закрытыми глазами, как тебе удобнее». После короткой паузы ведущий спрашивает у ребенка, что ему удалось представить. Дети легко выполняют просьбу, воображая предлагаемый сюжет. В дальнейшем ведущий задает наводящие вопросы, как бы подталкивая цепь воображаемых представлений ребенка, не давая наводящей информации. Все вопросы носят общий, не конкретный характер: например, если ребенок сказал, что он представил себе луг, следует попросить описать его

подробно, что он там видит, помогая ему репликами типа «что ещё?...», «что впереди?...», «по бокам?...», «сзади?...», «какое время года?...», «какое у тебя настроение?...». Не следует индуцировать ответы ребенка вопросами типа: «есть ли где-то лес...», «трава под ногами зеленая?...», «много ли цветов на лугу?...», то есть постараться обеспечить максимальную спонтанность ответов. Если ассоциации ребенка «уводят» его от предлагаемой фабулы, следует вернуть его к заданной теме поля, луга. При этом предлагается полная свобода поведения на этом лугу.

Сюжет поля, луга является базовым, символически отражающим «поле жизни», пространство индивидуального существования. В норме здоровые люди, в том числе и дети, представляют зеленый луг или поле в середине лета, с яркими цветами в солнечный день. Сюжет поля (как любой другой) сочетает в себе желания и мечты: радость, безмятежность, безоблачность существования, что даруется зеленью, цветами, ярким солнцем.

На следующем занятии ведущим сюжетом является представление ручья. Как и в сюжете «поле», ведущий направляет воображение ребенка репликами: «какой ручей?...», «какая глубина?...», «что там ещё?...» и т.д. Если ребенок ярко представляет себе сюжет, легко фантазирует, можно попробовать искупаться в чистой воде, попить её, спрашивая при этом какие ощущения он испытывает. Сюжет ручья, воды является не только важным вводным упражнением, но и может давать информационно-диагностический материал. Так, если ручей представляется пересохшим, или мутным – это может указывать на серьезные проблемы во взаимоотношениях раннего детства, связанных с недостатком любви, защищенности. Воображаемое купание, питье чистой воды, имеют определенный целительный смысл, символически «очищая» ребенка.

К третьему занятию вся процедура сеанса становится для ребенка привычной. Ведущий просит его устроиться удобнее и вновь представить картину луга, что дети делают без затруднений. После короткого вводного представления поля, луга просят ребенка «увидеть» на этом поле «фигурку человечка или какого-либо иного существа». Представление человека, символически выражающего внутреннее «я» ребенка, его собственный собирательный образ, вынесенный вовне, иногда встречает внутреннее сопротивление. В традиции психоанализа считается, что это связано с негативным и аутоагрессивным самовосприятием, бессознательным нежеланием смотреть правде в глаза в отношении самого себя. Этот барьер легко преодолим, и, когда ребенок начинает уверенно фантазировать на тему «человека», следует попросить его руководить этой фигуркой: дать команду ему (воображаемому существу) поднять руку, опустить, попросить его пройти влево, затем направо и т.п. К концу занятия ребенок обычно легко воображает на данную тему, с интересом манипулируя фигуркой. Воображаемый образ в процессе занятий быстро приобретает те черты и качества, которые ребенок хотел бы видеть в себе. Дети легко «примеряют» к себе этот образ, активно вживаются в него, получая ощущение защищенности и уверенности.

Занятие четвертое и пятое посвящены формированию в образе «идеального Я», чаще всего проецируемого в будущее, признаков «сильного и доброго начала». Ребенка просят в деталях описать этот новый сильный образ, который он сам чувствует и строит, наделяет телесными, физическими чертами с чувством уверенности в себе, внутренней и внешней силы. Во время занятия ставится задача максимально наполнить этот образ чувственным компонентом и сделать близким реальному пациенту. В течение занятия несколько раз через интервалы релаксации возвращаем ребенка к позитивному образу и закрепляем его.

Шестое занятие чаще всего является итоговым, так к этому периоду дети легко включаются в воображаемую ситуацию. Фабула занятия представляет собой проигрывание сближения «Я реального» и «Я позитивного», символизирующего успешность, силу, уверенность в себе. К этому занятию оба образа, связанные с ними ощущения становятся максимально конкретными: «позитивный» – сильный, крепкий, с соответствующими чертами уверенного поведения и «Я-реальный» со своими слабыми и сильными сторонами. Вместо боя на протяжении всего занятия отрабатывается в чувственно конкретной форме «растворение» «Я-позитивного» в «Я-реальном», устанавливая между ними возможность внутреннего диалога. По нашему мнению внутренняя диалогичность является тем костяком будущей критичности поведения и состояния, которая создает предпосылки для уверенного в себе, овладевающего поведения. Шесть занятий представляют тот минимум, который предусматривает психотерапевтическая часть психокоррекционной программы.

В ряде случаев, когда это было возможно, для лучшего качества работы с подростками с аддиктивным поведением параллельно проводили коррекционную работу с родителями. Родителям, иногда в дискуссионной форме, объясняли, что необходимо быть гибкими, не отталкивать ребенка, а принимать участие в его жизни и, по возможности, стать близким другом. Иногда родители соглашались сами пройти несколько сеансов личной или семейной психотерапии. В таких случаях психотерапия становилась эффективнее.

Результатом обобщения опыта психотерапевтической реабилитации и коррекции подростков группы риска стала разработанная нами программа психотерапевтической и психокоррекционной реабилитационной помощи подросткам группы риска по формированию аддикции, рассчитанная на работу группы специалистов социальных практик (в первую очередь – врачей психиатров и клинических психологов) с подростками группы риска в условиях специализированной школы открытого типа или социального приюта (другого аналогичного учреждения). Коррекционный (и реабилитационный, поскольку главная цель работы – ресоциализация несовершеннолетнего) процесс включает 4 этапа:

(1) Этап диагностики ведущих проблем ребенка группы риска (с асоциальным и аддиктивным поведением) и нарушений возрастного психического

развития и, прежде всего, личностных свойств и факторов риска нарушений социального функционирования;

ведущие специалисты: патопсихолог (клинический психолог), врач-психиатр;

основные задачи: комплексная патопсихологическая и психопатологическая диагностика, определение приоритетных направлений психотерапевтической помощи и коррекции;

результат: установление диагноза, определение тактики психотерапевтической и психокоррекционной работы.

В ходе осуществления этапа основной упор делается на клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический методы работы. Широко используются данные методик, направленных на исследование памяти (запоминание 10 слов, опосредованное запоминание), мышления (сюжетные картины, классификация, исключение, сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц, пиктограммы), интеллекта (метод Векслера), личностных особенностей (ММРІ, уровень притязаний, шкала Спилберга, метод Роршаха, ТАТ, методы Розенцвейга, Лири, Люшера и др.), агрессивности (шкала Басса-Дарки) и др. Часть диагностических методов осуществляется в ходе работы с группой несовершеннолетних, часть – в условиях индивидуальной диагностической работы.

Затраты рабочего времени специалистов (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) отражены в таблице 1. Сроки осуществления первого этапа (при условии работы бригады специалистов из 2 врачей-психиатров и 2 патопсихологов) (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) составляют 2-3 месяца.

(2) Этап педагогической коррекции различных форм отставания в обучении;

ведущие специалисты: педагоги, воспитатель;

основные задачи: формирование школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам;

результат: приобретение школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам, а также необходимых в процессе психотерапевтической и коррекционной работы навыков абстрагирования, визуализации представлений, группового взаимодействия и т.д.

(3) Этап специальной психотерапевтической помощи;

ведущие специалисты: врач-психиатр, клинический психолог;

основные задачи: в условиях индивидуальной и групповой психотерапии и психокоррекции осуществить основные психотерапевтические задачи: достичь сплоченности, обеспечить рост надежды на благополучный исход, единство, универсализацию форм реагирования, рост альтруизма, обмен информацией, межличностное обучение и личностный индивидуальный рост, развитие навыков

общения, подражание другим членам группы, катарсис; добиться формирования стойких установок на здоровый образ жизни;

результат: приобретение навыков социального поведения и социально-одобряемых форм реагирования в субъективно и объективно сложных жизненных ситуациях.

Таблица 1.

Расчет рабочего времени специалистов на этапе диагностики

Вид работы	Специалист	Затраты времени на ребенка (час.)	Затраты времени на группу (час.)
Патопсихологическая диагностика в группе: личностные методики	Патопсихолог (клинический психолог)	3 (на интерпретацию данных)	63 (на исследование и на интерпретацию данных 20 человек)
Патопсихологическая диагностика в группе: агрессия, интеллект, уровень адаптации	Патопсихолог (клинический психолог)	3 (на интерпретацию данных)	63 (на исследование и на интерпретацию данных 20 человек)
Патопсихологическая диагностика индивидуальная: память, мышление, эмоции, воля, внимание	Патопсихолог (клинический психолог)	6 (на проведение исследования и интерпретацию данных)	120 (на проведение исследования и интерпретацию данных 20 человек)
Психопатологическая диагностика индивидуальная	Врач-психиатр	3 (на клиничко-психопатологическое интервью несовершеннолетнего)	60 (на клиничко-психопатологическое интервью 20 несовершеннолетних)
Обсуждение результатов, комплексная диагностика, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции	Врач-психиатр, патопсихолог (клинический психолог), педагог, воспитатель.	1 (на обсуждение результатов, комплексная диагностика, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции)	20 (на обсуждение результатов, комплексная диагностика, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции)
		16	326

Примечание: обсуждение результатов и интерпретация данных осуществляется без участия несовершеннолетних.

Для подростков в ходе реабилитационной работы можно использовать как групповые, так и индивидуальные коррекционные и психотерапевтические методы. Групповые формы (как указывалось выше) не всегда возможны в отношении подростков группы риска по наркозависимости. Следует отметить: и индивидуальные, и (в ряде случаев) групповые формы терапии являются

неотъемлемой частью реабилитационной программы, и если это возможно, следует использовать и групповую терапию, в пользу которой свидетельствуют: общие законы формирования групп, соответствующие принципам естественного построения структуры подросткового коллектива с присутствием лидера, «экспертов», группы поддержки («пелитона»), отверженных и оппозиции, образующих динамичную и крайне чувствительную к внешнему воздействию систему обоюдных внутренних отношений; приобретение подростками опыта положительного социального взаимодействия, закрепление социально одобряемых или хотя бы социально допустимых форм межличностного контакта в группе и на межгрупповом уровне; подростки получают от других членов группы необходимую им поддержку, делятся внутри группы информацией, которая воспринимается при передаче от сверстника более достоверной, нежели при получении от старших (врача, учителя, социального работника, сотрудника КДН), в зависимости от своих способностей и уверенности в своих силах они могут в части случаев выполнять активные роли, а части – оставаться зрителями, осуществляя таким образом общий групповой терапевтический эффект; группа способствует личностному росту, в ней легче выражать свое эмоциональное состояние, усваивать новые модели поведения, в том числе и в процессе взаимодействия с руководителем группы (психотерапевтом, психологом). Немаловажным плюсом групповой работы является экономический эффект: групповая работа значительно дешевле.

Затраты рабочего времени специалистов (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) отражены в таблице 2. Сроки осуществления третьего этапа (при условии работы бригады специалистов из 2 врачей-психиатров и 2 психологов) (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) составляют 8-9 месяцев.

Таблица 2.

Расчет рабочего времени специалистов на этапе психотерапии

Номер	Вид работы	Специалист	Затраты времени на ребенка (час.)	Затраты времени на группу (час.)
1-6.	Психотерапия в группе	Врач-психиатр	12 (в группе)	24 (на психотерапевтические занятия 2 подгрупп по 10 человек)
7-12.	Индивидуальная психотерапия	Врач-психиатр	12 (на индивидуальные психотерапевтические сеансы)	120 (на индивидуальные сеансы с подростками из состава группы 20 человек)
13.	Обсуждение результатов, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции, фармакотерапии	Врач-психиатр, клинический психолог, педагог	1 (на обсуждение результатов, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции, фармакотерапии)	20 (на обсуждение результатов, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции, фармакотерапии 20 человек)
Итого:			25	164

Примечание: обсуждение результатов осуществляется без участия несовершеннолетних. Расчет часов на группу приведен исходя из минимального терапевтического сценария. По ходу работы в сценарий могут вноситься коррективы.

(4) Этап социально-психологической поддержки;

ведущие специалисты: социальный педагог, воспитатель, врач-психиатр;

основные задачи: формирование навыков самостоятельного социального функционирования (в рамках правового поля, в образовательной среде, микросоциуме, в т.ч. в семье);

результат: интеграция предыдущих этапов, социализация поведения.

Указанные этапы представляют собой единую технологическую цепь медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации детей и подростков с аддиктивным поведением. Она осуществляется на принципах междисциплинарного взаимодействия педагогов, психологов, социальных работников, врачей-психиатров. По опыту работы по аналогичным программам с несовершеннолетними правонарушителями с личностной патологией (в ЦВИНПе ГУВД г. Москвы, в спецшколе закрытого типа г. Анна Воронежской области) в 65-70% случаев удается достичь стойкого купирования аддиктивного поведения.

Наш опыт показывает, что при патологических формах аддиктивного поведения приемы психокоррекционной работы должны учитывать специфику формирования влечения к психоактивным веществам, глубоко прорабатывать и изменять мотивационные механизмы, а также учитывать патологические аспекты нарушенного психического функционирования.

В связи с этим в психокоррекционной программе заложены следующие основания:

- аспекты злоупотребления прорабатываются в символической, близкой ребенку образно-сюжетной форме;
- учитываются основные направления мотивационного характера - стремление обрести силу, значимость и защищенность в мире;
- формируются чувственно-образные позитивные установки в силу интенсификации процессов активного и пассивного воображения;
- через игровую ситуацию создаются условия для раскрытия здоровых, естественных ресурсных возможностей организма.

Техника сравнительно легка для освоения и может широко использоваться как врачами, так и педагогами и психологами после их соответствующего обучения.

Выводы. Таким образом, по результатам работы можно сделать следующие выводы: (1) профилактика употребления психоактивных веществ подростками группы риска должна строиться на воздействии на факторы риска социального и психопатологического круга; (2) профилактические мероприятия требуют длительного (в среднем около года) и комплексного психотерапевтического и

психокоррекционного воздействия, осуществляемого группой специалистов в составе врача-психиатра, психолога, педагога; (3) эффективность подобной программы может составить 65–70% при сравнительно низких трудозатратах; (4) в качестве дополнительного эффекта от психотерапевтической и психокоррекционной работы выявляется формирование социально-ориентированных форм поведения, включая отказ от совершения правонарушений, ориентацию на учебу, труд, семейные ценности.

1. Вострокнутов Н. В., Игонин А. Л., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О. Организационно-методические основы психотерапевтической и психо-коррекционной работы с детьми группы риска употребления психоактивных веществ. Методические рекомендации. ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 36 с. Утверждены МЗ РФ 20.12.2002 № 2002/142.
2. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Диссоциальное расстройство личности несовершеннолетних: диагностика, коррекция, профилактика, принципы правовой поддержки. ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2003. – 40 с. Утверждены УС ГНЦ ССП им. В. П. Сербского 29.11.02.
3. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О., Дозорцева Е. Г., Русина В. В. Социальная и психиатрическая помощь детям с риском безнадзорности и криминальной активности. Методические рекомендации. ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2002. – 24 с.
4. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О., Колосов В. П. Психопрофилактическая работа с несовершеннолетними, имеющими высокий риск наркотизации. ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2002. – 64 с. (по заданию МЗ РФ в рамках ФЦП «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»). Утверждены ПС ГНЦ ССП им. В. П. Сербского 23.05.02.
5. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О., Морозова Н. Б. Профилактика и реабилитация несовершеннолетних с психическими расстройствами и криминальной активностью. Пособие для врачей. ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 36 с. Утверждены Секцией психиатрии УС МЗ РФ.
6. Джеймс Д. Драматерапия с детьми, испытывающими трудности в обучении. // Драматерапия. Под ред. С. Митчела. М.: Эксмо-пресс, 2002. с. 28-49.
7. Пережогин Л. О. Программа психотерапевтической и психокоррекционной реабилитационной помощи подросткам группы риска по беспризорности и криминальной активности // Проблемы социально-психологической адаптации и современные подходы к сохранению здоровья детей в образовательных учреждениях (материалы республиканской конференции, Шуя, 14 мая 2007 г.). Шуя, Шуйский ГПУ, 2007. с. 33-39.
8. Рихартц М., Бауэр М. Психиатрия и психотерапия периода развития. // Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Ред. Кискер К. П., Фрайбергер Г., Розе Г. К., Вульф Э. М.: Алетейа, 1999. с. 52-89.
9. Хабарова О. Е., Пережогин Л. О., Шалимов В. Ф. Программа профилактики и коррекции школьной дезадаптации в образовательных учреждениях. // Психолого-педагогические проблемы образования и воспитания. ЦПВ и СППДМ Министерства Образования РФ, 2002. – с. 20-31. Утверждены УС ЦПВ и СППДМ Министерства Образования РФ.
10. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмоциональный подход. СПб.: Сова; М.: Эксмо-пресс, 2002. – 272 с.
11. Luft J. Group processes: an introduction to group dynamics. Palo Alto, California. National press, 1970. – 219 p.
12. Pierrakos J. C. Core-energetic processes in group therapy // Group therapy theory and practice. NY.: Free press, 1978. – P.176-201.

Abstract.

L.O. Perezhogin

**PSYCHOTHERAPY OF RISK GROUP FOR DRUG ADDICTION ADO-LESCENTS
IN SPECIAL EDUCATION INSTITUTIONS**

Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

Abstract. In the paper an experience in psychotherapy and rehabilitation of risk group for drug addiction adolescents in special education institutions is ex-pounding. Author descript methods of psychotherapy and some techniques. A pro-gram of psychotherapy and psychocorrection for group of specialists of social practices (physician, psychologist and teacher) has developed.

Key words: adolescents, psychotherapy, drug addiction, rehabilitation, pre-vention.

References.

1. Vostroknutov N.V., Igonin A.L., Charitonova N.K., Perezhogin L.O. Methodical basics of psychotherapy and psychocorrection of risk group for drug addiction children. GNC SSP im. V.P.Serbskogo, 2004. – 36 p.
2. Vostroknutov N.V., Perezhogin L.O. Dissocial personality disorder in adolescent: diagnostics, correction, prevention and principles of legal help., GNC SSP im. V.P.Serbskogo, 2003. – 40 p.
3. Vostroknutov N.V., Perezhogin L.O., Dozortzeva E.G., Roussina V.V. Social and psychiatric aid for risk group for destitute and crime children. GNC SSP im. V.P.Serbskogo, 2002. – 24 p.
4. Vostroknutov N.V., Charitonova N.K., Perezhogin L.O. Kolosov V.P. Prevention of drug addiction in risk group adolescent. GNC SSP im. V.P.Serbskogo, 2002. – 64 p.
5. Vostroknutov N.V., Charitonova N.K., Perezhogin L.O., Morozova N.B. Prevention of crime of adolescents with psychical disorders. GNC SSP im. V.P.Serbskogo, 2004. – 36 p.
6. James D. Dramtherapy with learning difficulties suffering children. // Dramterapiya. Red. S. Mitchel. M.: Exmo-press, 2002. p. 28-49.
7. Perezhogin L.O. Psychotherapeutic and psychocorrecting aid and re-habilitation of risk group for destitute and crime adolescents program. // Problemi socialno-psychologicheskoi adaptacii I sovremennie podhodi k sbrezheniyu zdo-roviya detey v obrazovatelnich uchrezhdeniyach. Shuya, Shuisky GPU, 2007. p. 33-39.
8. Richartz M., Bauer M. Psychiatry and psychotherapy of development period. // Psychiatriya, psychosomatika, psychoterapiya. Ped. Kisker K.P et al., M.: Aleteiya, 1999. p. 52-89.
9. Chabarova O.E., Perezhogin L.O., Shalimov V.F. Prevention and cor-rection of school dysadaptation program. // Psychologo-pedagogicheskie problemi rasvitiya I vospitaniya. CPV I SPPDM Ministerstva Obrazovaniya, 2002. – p. 20-31.
10. Allis A. Humanistic psychotherapy: ratio-affective method. SPb.: So-va; M.: Exmo-press, 2002. – 272 p.
11. Luft J. Group processes: an introduction to group dynamics. Palo Al-to, California. National press, 1970. – 219 p.
12. Pierrakos J. C. Core-energetic processes in group therapy // Group therapy theory and practice. NY.: Free press, 1978, pp. 176-201.

Сведения об авторах: Пережогин Лев Олегович – Врач психиатр, психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент; старший научный сотрудник от-деления Социальной психиатрии детей и подростков Отдела социальной и судебной психиатрии детей и подростков ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» Росздрава; dr-lev-perezhogin@yandex.ru

С.Н. Подвигин, О.Ю. Ширяев, О.Д. Алехина, Д.Л. Шаповалов
**ШИЗОФРЕНИЯ, КОМОРБИДНАЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Резюме. В обзоре анализируются современные литературные данные по проблеме коморбидности шизофрении и артериальной гипертензии. Авторы приходят к заключению о том, что данное коморбидное сочетание является патогенетически обусловленным, приводит к взаимному отягощению клинических проявлений обоих заболеваний, а методика и организация медицинской помощи данному контингенту больных требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: шизофрения, артериальная гипертензия, коморбидность.

Почему проблема коморбидности шизофрении и артериальной гипертензии заслуживает исследования? Наиболее очевидный ответ на данный вопрос состоит в том, что ведущей демографической тенденцией в Российской Федерации является постарение населения [Социально- значимые заболевания, 2004]. Увеличение численности населения старших возрастных групп неизбежно затрагивает и больных шизофренией как часть общей популяции. В связи с этим, ожидаемым является рост распространенности у больных шизофренией ассоциированной с поздним возрастом соматической патологии, прежде всего, сердечно- сосудистых заболеваний- артериальной гипертензии и атеросклероза.

Коморбидность шизофрении и артериальной гипертензии- случайное сочетание или патогенетическая цепочка? Обострения шизофрении сопровождаются развитием сдвигов гемодинамики и нейро- эндокринных взаимосвязей, характерными для второй фазы дистресс- синдрома: повышением уровня глюкокортикоидов и АКТГ, повышением плазменных концентраций дофамина и норадреналина [Горобец Л.Н., 2004], транзиторной гипергликемией и атерогенными сдвигами липидного спектра [Морковкин В.М., Картелишев А.В., 1988], которые в совокупности (как и при дистресс- синдроме любой этиологии) запускают основные патогенетические механизмы артериальной гипертензии (спазм сосудов микроциркуляторного русла, сосудистое воспаление, гиперактивность ренин- ангиотензин- альдостероновой системы). Продром шизофрении часто сопряжен со сдвигами центральной регуляции вегетативных функций, которые характеризуются отечественными клиницистами как «диэнцефалез» [Гофман А.Г., 2006]. Данные факты позволяют рассматривать коморбидность шизофрении и артериальной гипертензии как патогенетически обусловленную. Приведенные теоретические соображения в определенной мере подтверждаются результатами исследования САТIE, изложенными на русском

языке в работе [Бурлаков А.В., 2006а]. Согласно этим данным, встречаемость 3 и более из следующих факторов риска сердечно-сосудистой патологии- абдоминального ожирения, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, нарушения толерантности к глюкозе- в обследованной популяции больных шизофренией составила 35% среди мужчин и более 40% среди женщин. Автор также приводит данные западных исследователей, по которым сердечно-сосудистые заболевания становятся причиной смерти больных шизофренией в 6-7 раз чаще, чем представителей общей популяции.

Однако, возможные патогенетические взаимоотношения между шизофренией и артериальной гипертензией более сложны, чем в предложенной схеме. С одной стороны, ряд особенностей образа жизни пациентов с длительно протекающей шизофренией (курение, переедание, злоупотребление алкоголем), а также сопровождающий большинство проявлений эндогенного процесса аффект первичной тревоги, безусловно, относятся к факторам риска сердечно-сосудистой патологии. В уже цитированной работе [Бурлаков А.В., 2006а] подчеркивается, что большинство больных шизофренией имеют низкий уровень дохода, что затрудняет здоровое питание, а также ограничивает доступ к квалифицированной медицинской помощи. С другой стороны, процессуальный эмоционально-волевой дефект может оказывать своего рода стресспротективное действие, сужая круг потенциальных психотравмирующих факторов. Правда, клиницистам хорошо известно, что при незначительно выраженных дефицитарных расстройствах часто имеет место обратное явление- «нажитая реактивная лабильность», бурное реагирование на широкий круг стрессоров обыденной жизни, которое может проявляться как психопатологической симптоматикой, так и стресс-обусловленными соматическими сдвигами.

Указанная неоднозначность патогенетических соотношений шизофрении и артериальной гипертензии позволяет объяснить данные, приведенные в работах [Третьяков А.Ю., 2005; Третьяков А.Ю. и соавт., 2007]. Согласно этим данным, у больных шизофренией артериальная гипертензия в целом менее распространена, чем в общей популяции. Однако, авторы отмечают меньшую встречаемость мягких форм АГ и большую частоту ее злокачественных форм, связанных с патологией почечных сосудов и распространенным атеросклерозом. Подобная картина может быть объяснена тем фактом, что имеющаяся у больных шизофренией медицинская документация не отражает истинный уровень распространенности артериальной гипертензии (в связи с их недостаточной обращаемостью за медицинской помощью), а диагностика артериальной гипертензии у данных пациентов, как правило, запаздывает в сравнении с общей

популяцией, в связи с чем в общей структуре заболеваемости преобладают злокачественные и запущенные варианты.

Таким образом, на современном уровне знаний более обоснованно рассматривать коморбидность шизофрении и артериальной гипертензии как патогенетически обусловленную. Это позволяет ожидать взаимного отягощения данных заболеваний при их неадекватной терапии, и наоборот, благоприятного влияния адекватной терапии одного из них на течение другого.

Современная антипсихотическая фармакотерапия в ситуации коморбидности шизофрении и артериальной гипертензии. На протяжении последних лет возрастает удельный вес антипсихотиков второй генерации в объеме фармакотерапии больных шизофренией. Для препаратов данной клинико-фармакологической подгруппы наиболее актуальными являются не неврологические, а метаболические побочные эффекты (Метаболические побочные эффекты, 2003), которые сводятся к повышению массы тела, нарушению толерантности к глюкозе, прогрессирующему атеросклерозу микроциркуляторных сосудов, повышению плазменных концентраций факторов сосудистого воспаления, задержке натрия и воды, то есть, запуску ряда патогенетических механизмов артериальной гипертензии. Действительно, по данным работы [Woo Y.S., Kim W., 2008], терапия клозапином и оланзапином наиболее используемыми на Западе препаратами для поддерживающего лечения шизофрении- приводит к значительному повышению частоты артериальной гипертензии. По данным исследования [Горобец Л.Н., 2004], у большинства больных шизофренией, получающих поддерживающую терапию кветиапином, наблюдаются клинические проявления метаболического синдрома X, в число которых входит и артериальная гипертензия. Указанный побочный эффект дозозависим и наиболее выражен при дозах кветиапина выше 100 мг\сут. По данным американского регуляторного органа FDA, приведенным в работе [Бурлаков А.В., 2006а], наиболее распространенными побочными эффектами атипичных антипсихотиков являются ожирение и гипергликемия. В том числе, в исследовании CATIE, указанные побочные эффекты были наиболее выраженными на фоне терапии оланзапином и отмечались более чем у 30% больных. Следует отметить, что некоторым атипичным антипсихотикам (зипрасидон, сертиндол) фирмы- производители приписывают метаболическую нейтральность, однако, это может быть связано не столько с большей безопасностью данных препаратов, сколько с их меньшей изученностью.

Относительно антипсихотиков первой генерации следует сказать, что одним из наиболее характерных побочных эффектов данных препаратов является альфа-адреноблокирующее действие, которое приводит к развитию у больных стойкой

гипотензии [Малин Д.И., 2000б]. Среди препаратов второй генерации данный эффект выражен только у рисперидона. Однако, благоприятное действие антипсихотиков второй генерации на артериальное давление у пациентов может быть всего лишь эффектом «мнимого благополучия», поскольку данные препараты вызывают принципиально те же обменно-эндокринные расстройства, что и антипсихотики второй генерации. Действительно, в работе [De Hert M. et al., 2008] показано, что частота метаболических расстройств у больных с первым эпизодом шизофрении, начавших лечение 20 лет назад, и у современной когорты первичных больных существенно не различается. Эти данные допускают и альтернативное объяснение-нейроэндокринная дисфункция, ведущая к развитию метаболических расстройств и артериальной гипертензии, является проявлением самого эндогенного процесса, а психофармакотерапия лишь модифицирует ее проявления.

Таким образом, большинство современных данных позволяет полагать, что антипсихотическая фармакотерапия повышает риск развития артериальной гипертензии.

Модификация клиники шизофрении под влиянием артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия и формирующийся под ее влиянием органический фон способны влиять на клинику шизофрении и, в особенности, на уровень социальной адаптации больных и формирование ответа на фармакотерапию.

Влияние присоединения сосудистого фона на клиническую картину шизофрении подробно анализировалось в ряде работ отечественных авторов, например, [Течение..., 1981]. Данное влияние сводится, с одной стороны, к структурному упрощению, а затем и редукции галлюцинаторно-бредовых переживаний по мере нарастания сосудистой энцефалопатии, с другой стороны, к сложной трансформации структуры дефицитарных расстройств-больные эмоционально «смягчаются», уменьшается аутизация, появляется интерес к реальным бытовым проблемам, но, в то же время, у них появляются и нарастают мнестические расстройства, могут нарастать явления редукции энергетического потенциала. Однако, следует отметить, что данные выводы сделаны на клинко-описательной основе, без использования методического аппарата доказательной медицины (стандартизированные рейтинговые шкалы психопатологической симптоматики). Не подвергалась специальному анализу проблема нейрокогнитивного дефицита при шизофрении, коморбидной с цереброваскулярной болезнью, хотя в настоящее время общепринятым является положение о том, что ключевым фактором социальной адаптации больных шизофренией является нейрокогнитивный дефицит, а не позитивные либо

негативные расстройства. Таким образом, изучение особенностей клинических проявлений шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией, с использованием стандартизированных рейтинговых шкал и методик оценки нейрокогнитивного дефицита в контексте их взаимосвязей с социальной адаптацией больных, мерой которой является качество жизни, сохраняет актуальность и на современном этапе.

В современной отечественной литературе проблема клинических проявлений шизофрении, коморбидной с сердечно-сосудистой патологией, рассматривается в диссертационном исследовании [Бурлаков А.В., 2006б]. Однако, данное исследование выполнено с участием пациентов кардиологического стационара с впервые выявленной вялотекущей шизофренией. Полученные автором данные, при всей их важности и научной новизне, не могут быть распространены на пациентов с шизофренией, длительно наблюдающихся у врача-психиатра и имеющих коморбидную артериальную гипертензию, поскольку подавляющее большинство указанных пациентов страдает не вялотекущей, а параноидной шизофренией.

Некоторые литературные данные позволяют утверждать, что коморбидность с артериальной гипертензией влияет по крайней мере на выраженность нейрокогнитивного дефицита при шизофрении. Так, в работе [Gabrovska-Johnson V.S., Scott M., 2003] показано, что при наличии коморбидной сосудистой патологии головного мозга когнитивный дефицит у больных шизофренией связан не только с самим эндогенным процессом, но и с прогрессирующей энцефалопатией, затрагивающей преимущественно правое полушарие.

Модификация клинических проявлений шизофрении под влиянием коморбидной артериальной гипертензии может быть столь выраженной, что это ведет к диагностическим и терапевтическим ошибкам. Так, в работе [Jurčić V, Ferluga D., 2004] описан пожилой пациент с шизофренией, у которого появились выраженные общемозговые симптомы (оглушенность, заторможенность, головные боли). При жизни была диагностирована опухоль ствола мозга. На аутопсии диагноз не подтвердился, патологоанатомическая картина соответствовала злокачественной артериальной гипертензии.

О возможности видоизменения продуктивных психопатологических расстройств процессуальной природы под влиянием органического поражения ЦНС за счет тропности данных процессов к одним и тем же структурам свидетельствуют данные ряда исследователей. Так, в работе [Mc. Allister T.W., 1998] продемонстрировано, что при травматической болезни головного мозга наиболее выраженные изменения при магнитно-резонансной томографии головного мозга отмечаются в тех же областях, что и при шизофрении. В работе

[Fujii D., Ahmed I., Hishinuma E., 2004] показали, что структура нейрокогнитивных расстройств у больных шизофренией и пациентов с психическими расстройствами в связи с ЧМТ практически одинакова. Авторы работы [Fuji D., Ahmed I., 2002] утверждают, что механизм развития психозов в отдаленном периоде ЧМТ идентичен механизму развития психотических симптомов при шизофрении и состоит в повреждении лобных и височных отделов коры с последующей дисрегуляцией дофаминергической системы. Наконец, исследователи [Bennouna M, Greene V.B, Defranoux L., 2007] утверждают, что холинергический дефицит-общее звено патогенеза сосудистой, атрофической и травматической деменций-ответственен как за развитие психотических симптомов у больных деменциями, так и за развитие некоторых психотических симптомов и когнитивного дефицита при шизофрении. Данных по дисциркуляторной энцефалопатии, аналогичных приведенным выше данным по травматической болезни головного мозга, в доступной литературе мы не обнаружили, однако даже имеющийся объем данных позволяет полагать, что наличие сосудистого фона способно вызвать персистенцию некоторых видов психотической симптоматики, особенно, галлюцинаторной, у больных шизофренией.

Коморбидность шизофрении с артериальной гипертензией и проблема терапевтической резистентности. По современным представлениям, одной из наиболее распространенных причин извращения ответа на психофармакотерапию является наличие органического фона (Музыченко А.П., Дмитренко С.И. и др., 2002; Петрова Н.Н., Горбачёв С.Е., 2007), в том числе и сосудистого. Присоединение дисциркуляторной энцефалопатии к эндогенному процессу может привести к формированию как отрицательной фармакорезистентности (повышается риск развития и степень выраженности экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотиков и проявлений поведенческой токсичности), так и к положительной фармакорезистентности (в условиях генерализованного спазма сосудов микроциркуляторного русла и сосудистого воспаления неизбежно затрудняется проникновение психотропных средств через гематоэнцефалический барьер). Однако, достаточного эмпирического подтверждения данных теоретических соображений в доступной литературе обнаружить не удалось, в связи с чем взаимосвязи терапевтически резистентной шизофрении с артериальной гипертензией и роль медикаментозной коррекции артериальной гипертензии в преодолении терапевтической резистентности нуждаются в дальнейшем изучении.

Проведенный анализ литературных данных позволяет сделать следующие **выводы**.

1. Коморбидность шизофрении и артериальной гипертензии- весьма частое явление, распространенность которого будет расти и в дальнейшем.

2. Данное коморбидное сочетание является не случайным, а патогенетически обусловленным, что в условиях неадекватной терапии как шизофрении, так и артериальной гипертензии ведет к взаимному отягощению клинических проявлений данных заболеваний.

3. На современном этапе большинство больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, не получают адекватной фармакотерапии артериальной гипертензии, что повышает уровень сердечно-сосудистой смертности и утяжеляет течение эндогенного процесса.

4. Для повышения эффективности медицинской помощи больным шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, необходима как оптимизация схем фармакотерапии, так и разработка новой модели оказания помощи данному контингенту больных.

Литература

1. Бурлаков А.В. Аспекты эффективности и безопасности применения антипсихотиков у больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией (по материалам симпозиума "Фармакотерапия психозов и расстройств настроения с сопутствующей соматической патологией"). Психические расстройства в общей медицине- 2006- Т.1, №2-С.39.
2. Бурлаков А.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия). Дисс...канд. мед.наук. М.: 2006- 218 с.
3. Горобец Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции у больных шизофренией. В сб. «Современные проблемы психиатрической эндокринологии». М.: МНИИП, 2004, с. 110-136
4. Гофман А.Г. Клинические разборы в психиатрической практике. М.: Медпресс, 2006-704 с.
5. Гурович И.Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств // Русский медицинский журнал, 2001, Том 9, № 25, с. 20- 29
6. Малин Д.И. Лекарственные взаимодействия психотропных средств (часть 1). // Психиатрия и психофармакотерапия, т.2, № 6, 2000, с. 20- 24
7. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. М.: Вузовская книга, 2000, 208 с.
8. Метаболические побочные эффекты и осложнения при психофармакотерапии. (Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия»). – М. – 2003- 125 с.
9. Морковкин В.М., Картелишев А.В. Патохимия шизофрении. (Патогенетические, диагностические и прогностические аспекты.) М.: Медицина 1988- 255 с.
10. Музыченко А.П., Дмитренко С.И., Захацкий А.Н., Барзаков В.В. Терапевтическая резистентность при приступообразно протекающей шизофрении и методы её коррекции. Липецк: ГУП «ИГ Инфол», 2002- 48 с.
11. Петрова Н.Н., Горбачёв С.Е. Факторы, влияющие на редукцию психопатологической симптоматики при терапии острого приступа шизофрении. // Современная терапия психических расстройств. № 1, 2007, с. 37- 41
12. Социально- значимые заболевания населения России в 2003 году. Статистические материалы. М., Гэотар- Мед, 2004- 68 с.
13. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. Под ред. Э.Я.Штернберга. М., Медицина, 1981.- 152 с.

14. Третьяков А.Ю. Изучение артериальной гипертензии в модели болезни при шизофрении. Российский кардиологический журнал- 2005- № 6- С. 31- 34
15. Третьяков А.Ю., Захарченко С.П., Смирнова О.И., Хощенко Ю.А., Григоренко А.Л. Популяционные модели в изучении неврогенных детерминант артериальной гипертонии. Сообщение 1: Особенности артериальной гипертонии при шизофрении. Клиническая медицина- 2007- №11- С.42- 48
16. Bennouna M, Greene V.B., Defranoux L. Cholinergic hypothesis in psychosis following traumatic brain injury and cholinergic hypothesis in schizophrenia: a link? *Encephale*- 2007- Vol.33, No.4- P.616- 620
17. Gabrovska-Johnson V.S, Scott M, Jeffries S, Thacker N, Baldwin R.C., Burns A, Lewis S.W., Deakin J.F. Right-hemisphere encephalopathy in elderly subjects with schizophrenia: evidence from neuropsychological and brain imaging studies. *Psychopharmacology (Berl)*- 2003- Vol.169, No.3-4- P.367- 375
18. De Hert M, Schreurs V, Sweers K, Van Eyck D, Hanssens L, Sinko S, Wampers M, Scheen A, Peuskens J, van Winkel R. Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: a retrospective chart review. *Schizophr Res.*- 2008- Vol.101, No.1-3- P.295-303
19. Fujii D, Ahmed I. Psychotic disorder following traumatic brain injury: a conceptual framework. *Cognitive Neuropsychiatry*- 2002- Vol.7, No.1- P.41-62
20. Fujii D, Ahmed I, Hishinuma E. A neuropsychological comparison of psychotic disorder following traumatic brain injury, traumatic brain injury without psychotic disorder, and schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*- 2004- Vol.16, No.3- P.306- 314
21. Jurčić V, Ferluga D, Jeruc J, Pogacnik T, Popović M. Hypertensive encephalopathy mimicking brainstem tumour in psychiatric patient. *Folia Neuropathol.*- 2004- Vol.42, No.1- P.37-41
22. McAllister T.W. Traumatic Brain Injury and Psychosis: What Is the Connection? *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*- 1998- Jul- Vol.3, No.3- P.211-223
23. Woo Y.S., Kim W., Chae J.H., Yoon B.H., Bahk W.M. Blood pressure changes during clozapine or olanzapine treatment in Korean schizophrenic patients. *World J Biol Psychiatry*. 2008- No.6- P.1-6

Abstract.

Podvigin S.N., Shiryaev O.Yu, Alechina O.D., Shapovalov D.L.

SCIZOPHRENIA CO- MORBID WITH ARTERIAL HYPERTENSION: AN ANALYTIC REVIEW

Voronezh State Medical Academy him N.N.Burdenko

Current data about schizophrenia co- morbid with arterial hypertension are reviewed. Authors suggest that: 1) the co-morbidity of schizophrenia and arterial hypertension is pathogenetically significant; 2) co- morbid schizophrenia and arterial hypertension aggravate one another; 3) further studies of pharmacotherapy and medical care models in this cohort of patients are needed.

Keywords: schizophrenia, arterial hypertension, co- morbidity

References.

1. Burlakov A.V. Efficacy and safety of antipsychotic medications in schizophrenic patients with co- morbid internal diseases. *Psychicheskie rasstroistva v obschey medicine*- 2006- Vol.1, No.2- P.39
2. Burlakov A.V. Schizophrenia and schizotypal disorder co- morbid with heart diseases (clinic, psychosomatal relations, treatment). M.:2006- 218 p.
3. Gorobets L.N. Neuroendocrine dysfunctions in schizophrenic patients. In a book: "Current problems of the Psychiatric Endocrinology". M: MNIIP, 2004- P. 110- 136
4. Hofman A.H. Clinical Observations in Psychiatry. M.: Medpress, 2006- 704 p.
5. Gurovitch I.Ya. Interactions between Psychiatrists and General Practitioners and The Mental Disorder *Stygma // Russkiy Meditsinskiy Journal*- 2001- Vol.9, No.25- P.20-29

6. Malin D.I. Drug interactions in psychotropic medications// *Psichiatria i psihofarmacoterapia*-2000- Vol.2, No.6- P. 20- 24
7. Malin D.I. Side effects of psychotropic medications. M., Vuzovskaya kniga, 2000- 208 p.
8. Metabolic side effects and complications during psychotropic drugs use. M., 2003- 125 p
9. Morkovkin V.M., Kartelisev A.V. The Schizophrenic Pathochemistry. M., Meditsina, 1988- 255 p.
10. Muzytchenko A.P. et al. Treatment of resistant schizophrenia with an episodic course. Lypetsk, GUP IG "Infol", 2002- 48 p.
11. Petrova N.N., Gorbachev S.E. Some factors influencing reduction of symptoms in the acute schizophrenic episode. // *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstroistv*- 2007- No.1- P.37-41
12. Socially Relevant Diseases in Russia: 2003. M., Geotar- Med, 2004- 68 p.
13. The Course and Terminations of Schizophrenia in Elderly Patients. Ed. E. Ya. Schternberg. M., Meditsina, 1981- 152p.
14. Tretyakov A.Yu. Study of the arterial hypertension in schizophrenic model of disease. *Rossiyskiy Cardiologicheskiy Journal*- 2005- No.6- P.31-34.
15. Tretyakov A.Yu. et al. Population models in arterial hypertension neurogenic determinants study. Paper No.1. Properties of the arterial hypertension in schizophrenic patients. *Clinicheskaya Medicina*- 2007- No.11- P.42-48
16. Bennouna M, Greene V.B., Defranoux L. Cholinergic hypothesis in psychosis following traumatic brain injury and cholinergic hypothesis in schizophrenia: a link? *Encephale*- 2007- Vol.33, No.4- P.616- 620
17. Gabrovska-Johnson V.S, Scott M, Jeffries S, Thacker N, Baldwin R.C., Burns A, Lewis S.W., Deakin J.F. Right-hemisphere encephalopathy in elderly subjects with schizophrenia: evidence from neuropsychological and brain imaging studies. *Psychopharmacology (Berl)*- 2003- Vol.169, No.3-4- P.367- 375
18. De Hert M, Schreurs V, Sweers K, Van Eyck D, Hanssens L, Sinko S, Wampers M, Scheen A, Peuskens J, van Winkel R. Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: a retrospective chart review. *Schizophr Res.*- 2008- Vol.101, No.1-3- P.295-303
19. Fujii D, Ahmed I. Psychotic disorder following traumatic brain injury: a conceptual framework. *Cognitive Neuropsychiatry*- 2002- Vol.7, No.1- P.41-62
20. Fujii D, Ahmed I, Hishinuma E. A neuropsychological comparison of psychotic disorder following traumatic brain injury, traumatic brain injury without psychotic disorder, and schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*- 2004- Vol.16, No.3- P.306- 314
21. Jurčić V, Ferluga D, Jeruc J, Pogacnik T, Popović M. Hypertensive encephalopathy mimicking brainstem tumour in psychiatric patient. *Folia Neuropathol.*- 2004- Vol.42, No.1- P.37-41
22. McAllister T.W. Traumatic Brain Injury and Psychosis: What Is the Connection? *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*- 1998- Jul- Vol.3, No.3- P.211-223
23. Woo Y.S., Kim W., Chae J.H., Yoon B.H., Bahk W.M. Blood pressure changes during clozapine or olanzapine treatment in Korean schizophrenic patients. *World J Biol Psychiatry*. 2008- No.6- P.1-6

*С.Н. Подвигин, О.Ю. Ширяев, Д.Л. Шаповалов,
Н.А. Кузнецова, А.И. Фролова*

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
КОМОРБИДНОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко;
Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер*

Резюме. В статье рассматриваются клинические и терапевтические особенности популяции амбулаторных больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией. Установлено, что у данных пациентов, в сравнении с общей популяцией амбулаторных больных шизофренией, отмечается более низкое качество ремиссий и преобладание псевдоорганического варианта дефицитарных расстройств. Кроме того, они получают фармакотерапию более высокими дозами антипсихотиков, что отражает тенденцию к фармакорезистентности. Адекватную терапию артериальной гипертензии получают лишь около 5% данных пациентов. Делается вывод о том, что оптимизация фармакотерапии артериальной гипертензии способна повысить качество ремиссий и снизить распространенность фармакорезистентности в популяции амбулаторных больных шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, артериальная гипертензия, фармакотерапия

Актуальность. Ведущей демографической тенденцией в Российской Федерации является постарение населения [Социально- значимые...,2004]. Увеличение численности населения старших возрастных групп неизбежно затрагивает и больных шизофренией как часть общей популяции. В связи с этим, ожидаемым является рост распространенности у больных шизофренией ассоциированной с поздним возрастом соматической патологии, прежде всего, сердечно- сосудистых заболеваний.

Обострения шизофрении сопровождаются развитием сдвигов гемодинамики и нейро- эндокринных взаимосвязей, характерными для второй фазы дистресс-синдрома: повышением уровня глюкокортикоидов и АКТГ, повышением плазменных концентраций дофамина и норадреналина [Горобец Л.Н., 2004], транзиторной гипергликемией и атерогенными сдвигами липидного спектра [Морковкин В.М., Картелишев А.В., 1988], которые в совокупности запускают основные патогенетические механизмы артериальной гипертензии. Продром шизофрении часто сопряжен со сдвигами центральной регуляции вегетативных функций, которые характеризуются отечественными клиницистами как «диэнцефалез» [Гофман А.Г., 2006].

На протяжении последних лет возрастает удельный вес антипсихотиков второй генерации в объеме фармакотерапии больных шизофренией. Для препаратов данной клинико- фармакологической подгруппы наиболее

актуальными являются не неврологические, а метаболические побочные эффекты [Метаболические..., 2003], которые могут вести к запуску ряда патогенетических механизмов артериальной гипертензии.

Наличие психиатрической стигмы затрудняет больным шизофренией получение адекватного лечения соматической патологии [Гурович И.Я., 2001], в том числе и артериальной гипертензии, в поликлиниках и стационарах соматического профиля.

Больные шизофренией в силу дефицитарных изменений, обусловленных основным заболеванием, зачастую не могут проявить ни необходимой настойчивости в поиске помощи по поводу артериальной гипертензии, ни достаточной комплаентности в выполнении уже полученных рекомендаций врача. В результате всего этого подавляющее большинство больных шизофренией с коморбидной артериальной гипертензией либо вовсе не получают лечения этой последней, либо получают его эпизодически и без достижения основной цели-контроля АД в рамках «целевого коридора».

Совокупность изложенных выше факторов позволяет ожидать роста распространенности артериальной гипертензии в популяции больных шизофренией. Артериальная гипертензия и формирующаяся на ее фоне дисциркуляторная энцефалопатия трансформируют клинику шизофрении. Особенно выражены изменения социальной адаптации больных и уровня ответа на психофармакотерапию. Влияние присоединения сосудистого фона на клиническую картину шизофрении подробно анализировалось в ряде работ отечественных авторов, например, [Течение..., 1981], однако, данный анализ проводился на клинко- описательной основе, без использования методического аппарата доказательной медицины, что требует уточнения его результатов на современном методическом уровне.

Учитывая сказанное выше, целью настоящего исследования было описание клинических и терапевтических особенностей амбулаторных больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, с использованием современного методического аппарата.

Материал и методы исследования. Нами было проведено сплошное безвыборочное обследование пациентов двух врачебных участков ГУЗ «ВОКПНД», удовлетворяющих следующим критериям: 1) диагноз шизофрении (F20.0), установленный в соответствии с критериями МКБ- 10; 2) наличие хотя бы одного психотического эпизода с симптомами 1 ранга за время наблюдения в ГУЗ «ВОКПНД»; 3) возраст 18- 65 лет; 4) адекватный уровень комплаентности, подразумевающий личную явку на прием не реже 1 раза в месяц; 5) получающие постоянную поддерживающую психофармакотерапию; 6) не лишенные

дееспособности; 7) давшие информированное согласие на участие в данном исследовании. Всего данным критериям удовлетворяло 42 пациента. 19 из них имели ранее установленный (при стационарном обследовании либо в ходе наблюдения у врачей общей практики по месту жительства) диагноз артериальной гипертензии и составили основную группу. 23 пациента не имели ранее установленного диагноза артериальной гипертензии и составили основную группу.

Больные однократно обследовались с использованием следующих методов:

1. Клинико- психопатологического, в результате которого определялись тип течения шизофрении (непрерывно- прогрессивный либо приступообразно- прогрессивный), ведущий синдром и клинический вариант дефицитарных расстройств (астено- апатический, психопатоподобный, псевдоорганический). Ведущий синдром затем квалифицировался в рамках одной из следующих групп: а) аффективные (депрессивно-ипохондрический, тревожно-депрессивный, депрессивно-обсессивный); б) галлюцинаторно-бредовые (параноидный, галлюцинаторно-параноидный, парафренный); в) дефицитарные (астено- апатический, психопатоподобный)

2. Анализа медицинской документации, в результате которого определялись возраст больного, длительность пребывания на диспансерном учете, принадлежность получаемых больным препаратов к основным клинико- фармакологическим группам, аминазиновый эквивалент проводимой антипсихотической терапии, наличие либо отсутствие фармакотерапии артериальной гипертензии

3. Оценки выраженности симптомов шизофрении с использованием шкалы PANSS, с расчетом композитного индекса (КИ).

4. Измерения артериального давления и частоты сердечных сокращений с использованием полуавтоматического тонометра

5. Определения окружности живота, являющейся чувствительным индикатором абдоминального ожирения- существенного компонента индуцируемых антипсихотической фармакотерапией метаболических расстройств.

Статистическая обработка материала проводилась стандартными методами описательной статистики (определение параметров вариационного ряда). Достоверность различий между группами, в зависимости от специфики сравниваемых показателей, оценивалась с использованием критерия Стьюдента либо критерия Вилкоксона.

Полученные результаты и их обсуждение. В таблице 1 отражены различия между пациентами основной и контрольной групп по возрасту и длительности пребывания на диспансерном учете.

Таблица 1

Различия между пациентами основной и контрольной групп по возрасту и длительности пребывания на диспансерном учете

Показатель	Основная	Контрольная
Возраст, лет	47,8±2,3	36,4±2,5*
Длительность пребывания на ДУ, лет	17,1±2,6	13,2±2,1#

Примечание: #- p<0,05; *- p<0,001

Как видно из представленных в Таблице 1 данных, основную группу составили пациенты с достоверно большим возрастом и большей длительностью заболевания, что отражает ожидаемую взаимосвязь между заболеваемостью артериальной гипертензией и средним возрастом популяции больных шизофренией.

В таблице 2 отражено распределение больных основной и контрольной групп по клиническим характеристикам эндогенного заболевания- типу течения, ведущему синдрому и варианту дефицитарных расстройств.

Таблица 2

Различия между пациентами основной и контрольной групп по возрасту и длительности пребывания на диспансерном учете

Показатель	Основная, % случаев	Контрольная, % случаев
Непрерывно- прогрессивное течение	63,16	73,91
Приступообразно- прогрессивное течение	36,84	26,09
Ведущий синдром- аффективный	31,59	39,13
Ведущий синдром- галлюцинаторно- бредовый	47,37*	17,39*
Ведущий синдром- дефицитарный	21,05*	43,48*
Астено- апатический тип дефекта	21,05*	60,87*
Психопатоподобный тип дефекта	31,59	30,43
Псевдоорганический тип дефекта	47,37*	8,7*

*- p<0,05

Из представленных в Таблице 2 данных видно, что у амбулаторных больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, в сравнении с общей популяцией амбулаторных больных шизофренией существенно чаще встречается продуктивная психопатологическая симптоматика в структуре ремиссии, а также преобладает псевдоорганический тип дефицитарных расстройств.

В таблице 3 представлены различия между больными основной и контрольной групп по некоторым характеристикам соматического статуса- частоте сердечных сокращений (ЧСС) и окружности живота (ОЖ)

Таблица 3

Показатели соматического статуса больных исследуемых групп

Показатель	Основная	Контрольная
ЧСС, уд\мин	89,2±3,1*	81,4±2,9*
ОЖ, усл.ед.	89,1±3,3*	79,2±3,2*

*- $p < 0,001$

Из приведенных в таблице 3 данных видно, что у амбулаторных больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, в сравнении с общей популяцией амбулаторных больных шизофренией, отмечается существенное повышение значений ЧСС (что свидетельствует о гиперсимпатикотонии), а также существенное повышение окружности живота (что говорит о тенденции к формированию абдоминального ожирения). Следует отметить, что наличие гиперсимпатикотонии, с одной стороны, способствует дальнейшему прогрессированию артериальной гипертензии, с другой стороны, является косвенным показателем наличия аффекта тревоги, резистентного к проводимому лечению. Рост окружности живота свидетельствует о том, что у амбулаторных больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, в сравнении с общей популяцией амбулаторных больных шизофренией, более выражены метаболические побочные эффекты антипсихотической фармакотерапии, что способствует дальнейшему прогрессированию артериальной гипертензии, а в перспективе- росту сердечно- сосудистой смертности.

В таблице 4 отражены значения показателей субшкал позитивных (PANSS-P), негативных (PANSS-N) и общих (PANSS-G) расстройств шкалы PANSS, а также композитного индекса (КИ). Следует отметить, что значения композитного индекса у всех пациентов основной и контрольной групп были отрицательными, что говорит о преобладании в статусе дефицитарной симптоматики.

Таблица 4

Показатели субшкал PANSS у пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Основная	Контрольная
PANSS- P	13,4±0,8	14,9±0,7
PANSS- N	20,8± 1,1	20,1±0,7
PANSS- G	39,3±1,2	37,2±0,9
КИ	-7,4±0,8*	-5,2±0,6*

*- $p < 0,05$

Как следует из представленных в таблице 4 данных, статистически достоверные различия между больными основной и контрольной групп наблюдались только по показателю КИ. Создается впечатление, что дефицитарная симптоматика у больных основной группы была более выраженной. Однако,

данное различие было обусловлено лишь большим возрастом и большей длительностью заболевания у пациентов основной группы, что подтверждают данные, приведенные в таблице 5.

Таблица 5

Сравнительные значения КИ у пациентов исследуемых групп.

	Основная	Контрольная, возраст до 40 лет	Контрольная, возраст старше 40 лет
КИ	-7,4±0,8*	- 3,9±0,6*	-7,2±0,9

*- p<0,05

Из приведенных в таблице 5 данных видно, что значение КИ у пациентов основной группы достоверно не отличалось от значения КИ у сопоставимых по возрасту пациентов контрольной группы.

Отсутствие статистически достоверных различий между пациентами основной и контрольной групп по показателям субшкал PANSS может быть объяснено следующим образом. Основными клиническими различиями между данными пациентами было наличие рудиментарных позитивных расстройств и иная структура дефицитарных расстройств у пациентов основной группы. По-видимому, шкала PANSS недостаточно чувствительна для отражения подобных различий, особенно, в сравнительно небольшой выборке.

В таблице 6 отражены основные особенности фармакотерапии, проводившейся больным основной и контрольной групп.

Таблица 6.

Особенности фармакотерапии больных основной и контрольной групп

Показатель	Основная	Контрольная
аминазиновый эквивалент, мг	218,0±41,13*	146,4±31,6*
атипичные антипсихотики, включая клозапин	15,8%	17,4%
транквилизаторы	36,84%	34,78%
антидепрессанты	36,84%*	21,74%*
ноотропные средства	5,26%	-
фармакотерапию артериальной гипертензии	5,26%	-

*- p<0,05

Из представленных в таблице 6 данных видно следующее.

Во- первых, аминазиновый эквивалент получаемых антипсихотиков у больных основной группы был достоверно и значительно (в 1,5 раза) выше, чем у больных контрольной группы. Кроме того, больным основной группы достоверно чаще назначались антидепрессанты. Данные особенности фармакотерапии

(учитывая, что в структуре симптоматики у больных основной группы преобладали рудиментарные позитивные симптомы, а не аффективные расстройства) свидетельствует об имеющейся у амбулаторных пациентов с шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, тенденции к фармакорезистентности.

Во- вторых, атипичные антипсихотики, характеризующиеся наиболее неблагоприятным профилем обменно- эндокринных и кардиоваскулярных побочных эффектов, получали лишь около 1\6 части больных, а достоверных различий между основной и контрольной группами по частоте назначения данных препаратов не было выявлено. Между тем, как уже говорилось выше, у больных основной группы выраженность признаков метаболического синдрома- избыточной массы тела и тахикардии- была достоверно выше. На наш взгляд, данный факт свидетельствует о том, что выраженность метаболического синдрома у больных шизофренией в большей мере определяется возрастом, выраженностью дефицитарной симптоматики и интенсивностью нейрорепитического воздействия, нежели какими- либо особенно выраженными метаболическими побочными эффектами атипичных антипсихотиков.

В- третьих, обращает на себя внимание тот факт, что больные основной группы получали фармакотерапию артериальной гипертензии и дисциркуляторной энцефалопатии (антигипертензивные препараты и ноотропные средства) менее чем в 10% случаев, что является недопустимо малым.

Выводы. По результатам исследования могут быть сделаны следующие выводы.

1. У амбулаторных больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, отмечаются более низкое качество ремиссий и тенденция к фармакорезистентности.

2. Данные особенности могут быть связаны с тем, что лишь небольшая часть данных пациентов получает адекватную фармакотерапию артериальной гипертензии.

3. Оптимизация фармакотерапии артериальной гипертензии у амбулаторных больных шизофренией способна повысить качество ремиссий и снизить число случаев фармакорезистентности.

Литература.

1. Горобец Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции у больных шизофренией. В сб. «Современные проблемы психиатрической эндокринологии». М.: МНИИП, 2004, с. 110-136
2. Гофман А.Г. Клинические разборы в психиатрической практике. М.: Медпресс, 2006-704 с.
3. Гурович И.Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств // Русский медицинский журнал, 2001, Том 9, № 25, с. 20- 29

4. Метаболические побочные эффекты и осложнения при психофармакотерапии. (Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия»). – М. – 2003- 125 с.
5. Морковкин В.М., Картелишев А.В. Патохимия шизофрении. М.: Медицина 1988- 255 с.
6. Социально- значимые заболевания населения России в 2003 году. М., Гэотар- Мед, 2004- 68 с.
7. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. Под ред. Э.Я.Штернберга. М., Медицина, 1981.- 152 с.

Abstract.

**Podvigin S.N., Shiryaev O.Yu, Shapovalov D.L., Kuznetsova N.A., Frolova A.I.
PSYCHOPATHOLOGIC AND THERAPEUTIC PROPERTIES OF SHIZOPHRENIC
OUTPATIENTS WITH CO- MORBID ARTERIAL HYPERTENSION**

Chair of psychiatry N.N.Burdenko Voronezh State Medical Academy; Voronezh Regional
Clinical Psychoneurological Dispensary

In this study, clinical and therapeutical properties of schizophrenic outpatients with co- morbid arterial hypertension were explored. It was established that schizophrenic outpatients with co- morbid arterial hypertension have poor quality of remissions; they are also treated by a higher dosages of anty- psychotic drugs. Deficitary disorders in these patients mostly belong to the pseudo- organic type. Only about 5% of these patients get the proper treatment of arterial hypertension. Authors suggest that better treatment of arterial hypertension should improve the quality of remissions and reduce the level of resistant schizophrenia in the named cohort of schizophrenic patients.

Keywords: schizophrenia, arterial hypertension, pharmacotherapy

References.

1. Gorobets L.N. Neuroendocrine dysfunctions in schizophrenic patients. In a book: “Current problems of the Psychiatric Endocrinology”. M: MNIIP, 2004- P. 110- 136
2. Hofman A.H. Clinical Observations in Psychiatry. M.: Medpress, 2006- 704 p.
3. Gurovitch I.Ya. Interactions between Psychiatrists and General Practitioners and The Mental Disorder Stygma // Russkiy Meditsinskiy Journal- 2001- Vol.9, No.25- P.20-29
4. Metabolic side effects and complications during psychotropic drugs use. M., 2003- 125 p.
5. Morkovkin V.M., Kartelishv A.V. The Schizophrenic Pathochemistry. M., Meditsina, 1988- 255 p.
6. Socially Relevant Diseases in Russia: 2003. M., Geotar- Med, 2004- 68 p.
7. The Course and Terminations of Schizophrenia in Elderly Patients. Ed. E. Ya. Schternberg. M., Meditsina, 1981- 152p.

Т.М. Полозова, Д.Л. Шаповалов

**ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ТЕРАПИИ ВЕНЛАФАКСИНОМ ПРИ ОДНОМ ИЗ ВАРИАНТОВ
ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ
У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

*ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер»;
каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко*

Резюме. В статье излагаются результаты пилотного исследования эффективности СИОЗСН венлафаксина при атипичных депрессивных состояниях у пациенток с КС. Установлено, что оформлению коморбидных с КС депрессивных состояний в виде атипичной депрессии способствует наличие перинатальной стигматизации ЦНС, личностных особенностях ананкастного плана и пребывание в дрящейся объективно неразрешимой психотравмирующей ситуации. На фоне терапии венлафаксином у включенных в исследование пациенток отмечалось достоверное снижение выраженности астенической, дисфорической, депрессивной и тревожной симптоматики. Представляется перспективным исследование эффективности венлафаксина при атипичных депрессивных состояниях у больных других половозрастных групп.

Ключевые слова: климактерический синдром, атипичная депрессия, венлафаксин.

Актуальность. Климактерический синдром (КС) – комплекс патогенетически взаимосвязанных симптомов, возникающих у женщин в КП на фоне нейрогормональной перестройки и представляющий собой мультифакториальную болезнь нарушенной адаптации. КС наблюдается у 30–60% женщин соответствующей возрастной группы [5], при этом, у 65–100% пациенток с КС наблюдаются депрессивные расстройства не процессуальной природы, протекающие на непсихотическом уровне [1]. Клинические проявления данных состояний крайне разнообразны, но в любом случае существенно отличаются от классической меланхолической депрессии. По данным некоторых исследователей [7], клиническому полиморфизму депрессивных состояний у пациенток с КС соответствует выраженная нейрхимическая гетерогенность с противоположной направленностью сдвигов в функционировании норадренергической и серотонинергической систем при различных синдромальных вариантах данных состояний, что существенно затрудняет подбор психофармакотерапии. В связи с вышеизложенным, выделение клинических вариантов депрессивных состояний у пациенток с КС, избирательно отвечающих на терапию антидепрессантом с определенным механизмом действия, представляет как научно- теоретический, так и прикладной интерес.

Клиническая картина депрессивных расстройств у немалой части пациенток с КС соответствует приведенным в литературе [4, 8, 9, 14] характеристикам атипичной депрессии – диагностической категории, предусмотренной DSM- IVR,

но отсутствующей в МКБ- 10. Под атипичной депрессией понимаются затяжные тревожно-депрессивные состояния незначительной глубины с сохраненной способностью получать удовольствие от удовлетворения элементарных потребностей, сопровождающиеся сомато-вегетативными, обсессивно-фобическими и ипохондрическими расстройствами при отсутствии классических признаков меланхолической депрессии. Диагностически значим для атипичной депрессии специфический паттерн витальных расстройств в виде гиперсомнии, повышения аппетита и повышения массы тела. Часто отмечаются астенические жалобы, раздражительность, повышенная конфликтность, интерперсональная сенситивность, конверсионные расстройства в виде слабости и тяжести в конечностях («свинцовый паралич»). Расстройство чаще наблюдается у женщин и имеет первично- хроническое течение без тенденции к формированию спонтанных ремиссий. Ранее [3, 12] данное состояние обозначалось в литературе как «истероидная дисфория».

Атипичная депрессия характеризуется не только специфичностью клинической картины, но и определенными особенностями ответа на психотропные средства. В том числе, терапия трициклическими антидепрессантами при данном состоянии малоэффективна. Существуют данные о высокой эффективности СИОЗС [6], в том числе, сертралина [13], при атипичных депрессиях у пациентов различного пола и возраста. Эффективность антидепрессантов с различным механизмом действия при атипичных депрессиях у пациенток с КС до настоящего времени целенаправленно не изучалась.

В течение последних 3 лет предметом активного интереса исследователей является применение у пациенток с КС антидепрессантов группы СИОЗСН-венлафаксина (включая ретардную форму) и дулоксетина. Имеются данные [10, 11] о высокой эффективности и безопасности указанных препаратов при депрессивных состояниях у пациенток с КС в целом, без указаний на конкретные клинические варианты данных состояний. Эффективность венлафаксина при атипичных депрессиях у пациенток с КС до настоящего времени целенаправленно не изучалась.

В связи с вышеизложенным, целью исследования была оценка краткосрочной эффективности терапии венлафаксином при атипичных депрессиях у пациенток с КС.

Материал и методы исследования. В условиях открытого несравнительного проспективного исследования нами было обследовано 20 пациенток амбулаторной психиатрической службы ГУЗ «ВОКПНД», удовлетворяющих следующим критериям включения: 1) возраст 45–60 лет; 2) наличие клинических признаков КС в виде вазовегетативных расстройств

(«приливы») и нарушений менструального цикла либо менопаузы на протяжении не менее чем 6 месяцев до момента включения; 3) наличие депрессивного состояния, соответствующего критериям атипичной депрессии; 4) длительность существования указанного состояния не менее 6 месяцев и не более 2 лет. Исключались пациентки с ранее установленными диагнозами либо патномоничной симптоматикой эндогенных психических расстройств, с судорожными припадками в анамнезе, с выраженными когнитивными нарушениями, не позволяющими осознанно дать информированное согласие либо работать с применявшимися экспериментально- психологическими методиками, с ранее установленными диагнозами либо клиническими признаками зависимости от алкоголя и/или других психоактивных веществ, ранее безуспешно лечившиеся антидепрессантами группы СИОЗСН, с декомпенсированной хронической соматической патологией. Всем пациенткам до начала связанных с исследованием процедур предоставлялась исчерпывающая информация о цели, задачах, методах исследования, ожидаемой пользе и возможном риске, связанных с исследованием неудобствах, исследуемом препарате и режиме терапии, имеющихся альтернативных методах лечения, после чего пациентки давали информированное согласие.

В рамках данного исследования использовались следующие критерии атипичной депрессии: 1) отсутствие вербально или невербально выражаемого аффекта тоски; 2) отсутствие идеаторной и моторной заторможенности; 3) выраженная ангедония, проявляющаяся в жалобах на утрату интереса к ранее приятным занятиям и объективно (по анамнестическим сведениям) определяемом снижении круга интересов и побуждений, например, нежелании поддерживать длительно существующие дружеские контакты, утрате ранее актуальных увлечений, прекращении профессионального роста; 4) выраженная астения с явлениями раздражительной слабости, более выраженная в утренние часы и проявляющаяся жалобами на снижение работоспособности, сонливость, утомляемость, объективно определяемым снижением продуктивности в привычном круге обязанностей, недержанием аффекта в условиях эмоционального напряжения, гиперестезией к яркому свету, громким звукам, резким запахам; 5) выраженная эмоциональная неустойчивость, проявляющаяся в виде вспышек гнева по реальным, но объективно малозначительным поводам, обидчивости, слезливости, «застревании» в негативных эмоциональных состояниях и ведущая к объективно подтверждаемой повышенной конфликтности в быту и на работе; 6) атипичные витальные расстройства в виде гиперфагии, прибавки в весе, гиперсомнии. Как видно из представленного описания, сходное состояние ранее

описывалось в работе [2] в рамках астенического варианта психических расстройств при КС.

Исследуемый препарат назначался в стартовой дозе 37,5 мг однократно внутрь на ночь. В случае, если пациентка до включения в исследование принимала другой антидепрессант, приему первой дозы препарата предшествовал «отмывочный период» длительностью в 5 периодов полувыведения ранее применявшегося препарата. При удовлетворительной переносимости к 4 дню исследования доза увеличивалась до 75 мг внутрь на ночь, а к 7 дню- до 150 мг внутрь на ночь. При отсутствии положительной динамики состояния к 14 дню терапии доза увеличивалась до 225 мг/сут в 2 приема (75 мг внутрь утром + 150 мг внутрь на ночь). Прием препарата в дозе, достигнутой к 14 дню (150 или 225 мг/сут) длился 3 месяца, после завершения исследования пациенткам рекомендовалась поддерживающая терапия в дозах 37,5- 75 мг/сут на протяжении 6 месяцев. Допускалась сопутствующая терапия бензодиазепиновыми транквилизаторами до 10 мг/сут в диазепамовом эквиваленте в течение первых 14 дней, а также любыми препаратами для лечения фоновой соматической патологии, кроме препаратов для заместительной гормонотерапии КС, гормонов щитовидной железы, гипотензивных средств с центральным механизмом действия и ноотропных средств.

Больные обследовались с использованием следующих методов: 1) клинико-психопатологического; 2) стандартизированных оценочных шкал депрессии Гамильтона с 21 пунктом (HDRS) и тревоги Гамильтона (HARS); 3) опросника Басса- Дарки для самооценки агрессии; 4) теста Олдхэма- Морриса для выявления акцентуаций характера по 14 типам, используемым в систематике расстройств личности, общепринятой в англоязычных странах (ананкастному, нарциссическому, истерическому, паранойяльному, эмоционально-неустойчивому, зависимому, шизоидному, шизотипическому, пассивно-агрессивному, тревожному, диссоциальному, мазохистическому, садистическому и депрессивному); 4) корректурной пробы для оценки темпа психических процессов и концентрации внимания. Кратность визитов составляла 1 раз в неделю; клинико- психопатологическое обследование и регистрация нежелательных явлений проводились на каждом визите, обследование с использованием опросника Олдхэма- Морриса- однократно в начале исследования, а обследование с использованием стандартизированных рейтинговых шкал, опросника Басса- Дарки и корректурной пробы- до начала терапии (Д0), в конце первой недели терапии (Д7), в конце 1 месяца (Д30), в конце 2 месяца (Д60) и при завершении исследования (Д90). Для статистического анализа данных использовались общепринятые методы параметрической и

непараметрической статистики, реализованные в приложении «Statistics 6.0. for Windows».

Исследование завершило 16 пациенток. 1 больная выбыла на Д7 в связи с выраженными нежелательными явлениями (тризм, тахикардия, генерализованный тремор), 2 больных- на Д30 в связи с неэффективностью терапии максимальными дозами препарата (225 мг/сут), 1 больная- на Д30 в связи с тем, что у нее был выявлен клинически значимый гипотиреоз, требующий заместительной терапии тироксином.

Полученные результаты и их обсуждение. В ходе исследования были выявлены следующие особенности анамнеза, личностных характеристик и социодемографического статуса пациенток.

Средний возраст больных составил 50,3 года, средняя длительность существования признаков КС – 1,7 года, что соответствует его обычной форме. Тяжесть вазовегетативных расстройств в структуре КС по классификации Е.М. Вихляевой у 17 пациенток (85%) соответствовала его легкой степени, у 3 пациенток (15%) – средней степени. В то же время, обращала на себя внимание значительная выраженность менопаузальных сердечно-сосудистых и обменно-эндокринных расстройств: у всех пациенток отмечалась артериальная гипертензия, при этом, у большинства (12 больных – 60%) не был достигнут адекватный медикаментозный контроль АД. У 7 пациенток (35%) отмечался сахарный диабет типа 2 в стадии субкомпенсации, у 11 пациенток (55%) – нарушение толерантности к глюкозе. У 14 пациенток (70%) отмечалась избыточная масса тела (ИМТ 25–27), у 6- ожирение (ИМТ>27). Все пациентки предъявляли жалобы на боли по ходу позвоночника, в коленных или тазобедренных суставах, а 4 из них (20%) имели установленный ревматологом диагноз постменопаузального остеопороза.

Социодемографический статус пациенток характеризовался следующим. 16 пациенток (80%) на момент обследования состояли в браке, 3 пациентки (15%) были разведены, 1 пациентка (5%) была вдовой. Все больные имели детей, которые на момент обследования достигли совершеннолетия и у 8 пациенток (40%) проживали отдельно, а у 12 (60%) совместно с ними. Все больные на момент обследования работали; 11 больных (55%) имели высшее образование, 9 больных (45%) – среднее или среднее специальное образование.

Текущее депрессивное состояние у всех обследованных было первым в жизни, а его начало совпало по времени либо следовало за появлением других симптомов КС. Длительность депрессивного состояния у 5 больных (25%) составляла 6–12 месяцев, у 12 больных (60%) – 12–18 месяцев, у 3 больных (15%) – 18–24 месяца.

Таким образом, в исследование были включены пациентки с незначительной выраженностью вазовегетативных расстройств в структуре КС, выраженными менопаузальными сердечно-сосудистыми и обменно-эндокринными расстройствами, возникшими впервые в жизни депрессивными состояниями с тенденцией к хроническому течению и формально-благополучным социально-демографическим статусом.

Углубленный анализ анамнестических данных и исследование личностных особенностей пациенток с использованием опросника Олдхэма-Морриса позволили выявить ряд факторов, которые, как представляется нам, способствовали оформлению ассоциированного с КС депрессивного состояния именно в виде атипичной депрессии:

1. Все пациентки имели в раннем анамнезе стигмы минимальной мозговой дисфункции, указывающие на наличие перинатального поражения ЦНС. В том числе, у 16 пациенток (80%) отмечались трудности адаптации к обучению в начальной школе, указывающие на присутствие гипердинамического синдрома (неусидчивость, чрезмерная отвлекаемость, «моторная буря» при переутомлении, трудности усвоения учебного материала в связи с отвлекаемостью и истощаемостью внимания), у 11 пациенток (55%) – тикозные расстройства (чаще – навязчивое моргание), проявлявшиеся как в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте, так и далее на протяжении жизни, у 8 пациенток (40%) – эпизоды сногворения на фоне эмоциональных нагрузок и переутомления, у 3 пациенток (15%) – ночной энурез.

2. У всех пациенток описанная перинатальная стигматизация ЦНС в дальнейшем проявлялась неполноценностью центральной регуляции эндокринных и вегетативных функций. Так, начиная с пубертата (14–15 лет) и до 35–40 лет у всех обследованных отмечалась стойкая артериальная гипотония с рабочими значениями АД 100/70–90/60 мм рт.ст., которая в дальнейшем сменялась нейроциркуляторной дистонией (на фоне гипотонии периодически отмечались подъемы АД до 130/90–140/100 мм.рт.ст, сопровождавшиеся головной болью, ознобом, общей слабостью, тошнотой), а по достижению возраста перименопаузы – артериальной гипертензией. У 4 пациенток (20%) в возрасте до 30 лет на фоне артериальной гипотонии отмечались состояния, по клинике сходные с транзиторной ишемической атакой в вертебро-базиллярном бассейне и проявлявшиеся системным головокружением, атаксией, тошнотой, а в 1 случае – также феноменом «отчуждения смысла слов». Неполноценность центральной регуляции эндокринных функций у обследованных пациенток проявлялась в форме предменструального напряжения, которое отмечалось у 14 больных (70%), а в возрасте старше 30 лет – в развитии гиперпластических процессов в

гормонзависимых органах (фиброзно-кистозная мастопатия – 5 больных, 25%; фибромиома матки – 6 больных, 30%; сочетание фиброзно-кистозной мастопатии и фибромиомы матки – 5 больных, 35%; всего с гиперпластическими процессами в гормонзависимых органах – 16 человек, 80%).

3. При обследовании с использованием опросника Олдхэма- Морриса у всех пациенток была выявлена выраженная акцентуация по ананкастному типу (значение балла по соответствующей шкале 9 и более), при этом, у 7 пациенток она была единственной, у 5 было диагностировано дисгармоничное сочетание личностных особенностей в виде выраженных признаков акцентуации по ананкастному и эмоционально- неустойчивому типам, у 4- сочетание акцентуаций по ананкастному и зависимому типам, у 3- по ананкастному и тревожному типам, у 1- по ананкастному и паранойяльному типам. Данным результатам соответствовали следующие особенности жизненного маршрута пациенток. Все они в значительной мере или полностью брали на себя решение финансовых проблем семьи, при этом, 11 пациенток (55%) были вынуждены работать не по специальности, в том числе, на менее квалифицированных работах, в связи с тем, что данные виды труда лучше оплачивались или имели более удобный распорядок дня. Отношения с другими членами семьи строились по схеме созависимости, таким образом, что «проблемные» члены семьи, например, алкоголизирующиеся муж или ребенок, тяжело больная мать, перекладывали свое взаимодействие с внешним миром и ответственность за собственные поступки «на плечи» больных, беззастенчиво манипулируя добрыми чувствами и морально- этическими установками последних.

4. Наконец, развитие депрессивного состояния у всех обследованных совпадало по времени не только с появлением симптомов КС, но также- и с присутствием длящейся, объективно неразрешимой психотравмирующей ситуации. Необходимо отметить, что социодемографическое благополучие пациенток было лишь кажущимся. Так, у 8 женщин (40%) мужа злоупотребляли спиртными напитками, опохмелялись, были агрессивны к пациенткам в состоянии опьянения, неоднократно обращались за наркологической помощью в частные либо государственные клиники. У 4 женщин (20%) аналогичные проблемы наблюдались у ребенка либо у ребенка и мужа одновременно. 5 женщин (25%) длительное время ухаживали за тяжелобольными родственниками с выраженными нарушениями поведения и самообслуживания (ребенок- инвалид по неврологическом заболеванию, мать или отец с симптомами деменции). У 2 женщин (10%) дети страдали зависимостью от наркотиков опийного ряда, многократно и безуспешно лечились в профильных стационарах. Наконец, 1 пациентка (5%) длительное время ухаживала за дочерью- инвалидом по

наследственному нервно- мышечному заболеванию (миастения), а появление актуального депрессивного состояния совпало по времени с тем, что у самой пациентки были обнаружены признаки легкой формы того же заболевания.

Таким образом, основными предикторами оформления ассоциированных с КС депрессивных состояний в виде атипичной депрессии были наличие перинатальной стигматизации ЦНС с последующими проявлениями вегетативной и эндокринной неустойчивости, наличие акцентуации характера по ананкастному типу и пребывание в дрящущей субъективно не разрешимой психотравмирующей ситуации.

В ходе анализа динамики психического состояния больных, показателей стандартизированных шкал и экспериментально- психологических методик на фоне терапии венлафоксином было установлено следующее.

На Д0 среднее значение общего балла HDRS у включенных в исследование пациенток составляло $17,5 \pm 2,2$ балла. У 13 больных (65%) общий балл HDRS находился в интервале 7–16 баллов (легкая выраженность симптомов депрессии), у 7 (35%) – в интервале 17–27 баллов (средняя выраженность симптомов депрессии). Среднее значение общего балла HARS на Д0 составило $12,3 \pm 1,8$ балла, у всех пациенток общий балл HARS находился в интервале 8–20 баллов (средняя выраженность симптомов тревоги). Среди показателей опросника Басса-Дарки, характеризующих выраженность отдельных форм агрессивного поведения, у всех пациенток отмечались превышающие верхнюю границу нормы баллы по шкалам «Вербальная агрессия» (далее- ВА) и «Обида» (далее- О), средние значения которых на Д0 составили: ВА- $6,6 \pm 0,4$; О- $6,8 \pm 0,2$. Отмечалось значительное повышение числа ошибок в корректурной пробе, которое у всех пациенток превышало среднюю границу нормы, среднее значение на Д0 составляло $22,3 \pm 1,4$, что свидетельствует о существенном снижении концентрации внимания и является косвенным показателем наличия выраженных астенических расстройств. Время выполнения корректурной пробы у 5 пациенток (25%) превышало норму, а у остальных укладывалось в ее рамки, что свидетельствует, с нашей точки зрения, об отсутствии у больных существенно выраженного идеаторного торможения.

На Д7 клинически отмечались первые признаки терапевтического эффекта венлафоксина, который выражался прежде всего в значительном уменьшении раздражительности и конфликтности. Пациентки отмечали, что способны управлять своим поведением в ситуациях, которые ранее вызывали неконтролируемый аффект гнева. Кроме того, снижалась выраженность атипичных витальных расстройств- пациентки отмечали снижение аппетита, появление способности контролировать калорийность суточного рациона. На

первую неделю терапии приходилась также наибольшая выраженность побочных эффектов венлафаксина, среди которых наиболее частыми были тошнота (отмечалась у 19 больных- 95%), усиление и учащение «приливов» (12 больных- 60%) и тахикардия (8 больных- 40%). Наиболее дискомфортными для пациенток среди побочных эффектов венлафаксина были экстрапирамидные расстройства- тризм (3 больных- 15%) и генерализованный тремор (2 больных- 10%), которые в 1 случае привели к отказу от участия в исследовании

Ко второй неделе терапии отмечалось дальнейшее улучшение состояния пациенток- неконтролируемые аффективные вспышки отсутствовали, нормализовывался аппетит, начинали уменьшаться дневная сонливость, общая слабость, генерализованная тревога, улучшалась концентрация внимания. Все же астеническая и тревожная симптоматика оставались достаточно выраженными и доставляли пациенткам значительный дискомфорт. К этому моменту также существенно снижалась выраженность побочных эффектов венлафаксина- у большинства пациенток таковые отсутствовали, но все же у 4 больных (20%) сохранялась тошнота и у 1 больной (5%)- слабо выраженный тризм.

К третьей неделе терапии эффект венлафаксина проявлялся в полной мере, что выражалось в повышении работоспособности и активности пациенток, исчезновении дневной сонливости, практически полном отсутствии аффективных вспышек, нормализации аппетита и длительности ночного сна. Сохранялась лишь генерализованная тревожность, выраженная в незначительной степени и не доставлявшая пациенткам существенных неудобств.

Описанной динамике психического состояния соответствовали следующие сдвиги показателей стандартизированных шкал и экспериментально- психологических методик.

На рисунке 1 отражена динамика средних значений общего балла шкал HDRS и HARS, показателей ВА и О опросника Баса- Дарки на фоне терапии венлафаксином.

На фоне терапии венлафаксином на Д30 отмечалось статистически достоверное ($p < 0,05$, критерий Вилкоксона) снижение общего балла HDRS, показателей ВА и О опросника Баса- Дарки, но не общего балла HARS. На Д60 сохранялось достигнутое снижение указанных показателей, кроме того, отмечалось и статистически достоверное ($p < 0,05$, критерий Вилкоксона) снижение общего балла шкалы HARS. На Д90 сохранялось состояние улучшения, достигнутое на Д60.

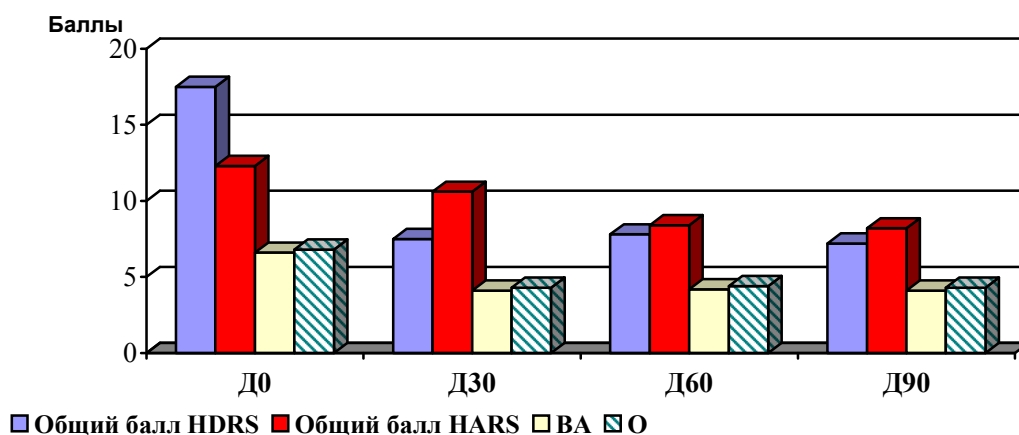


Рис. 1. Динамика показателей выраженности симптомов депрессии, симптомов тревоги и агрессивных форм поведения на фоне терапии венлафаксином.

Таким образом, антидисфорический и антидепрессивный эффекты венлафаксина в исследованной выборке больных по времени развития значительно опережали анксиолитический эффект препарата, что может быть связано как с особенностями клинической фармакологии данного препарата, так и с конституциональной обусловленностью высокой тревожности пациенток.

На рисунке 2 представлена динамика показателей корректурной пробы, использовавшихся в данном исследовании для оценки выраженности астенической симптоматики, на фоне терапии венлафаксином.

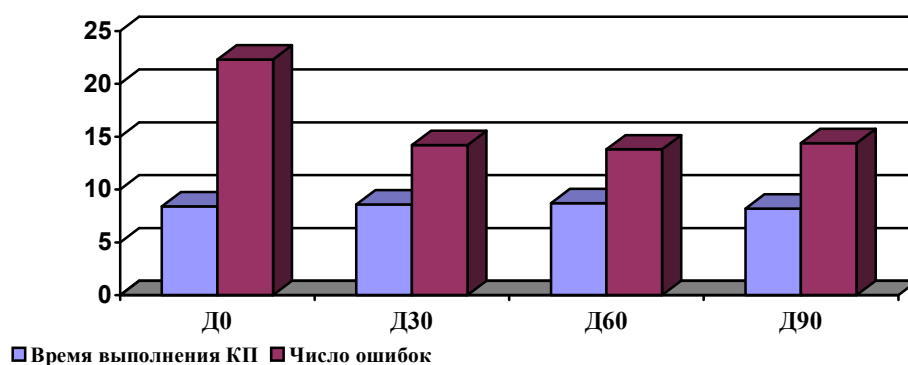


Рис. 2. Динамика показателей корректурной пробы на фоне терапии венлафаксином.

Уже на Д30 у пациенток отмечалось статистически достоверное ($p < 0,05$, критерий Вилкоксона) снижение числа ошибок в корректурной пробе, а в дальнейшем сохранялось достигнутое улучшение. Время выполнения корректурной пробы на протяжении всего исследования не претерпело статистически достоверных изменений. Таким образом, антиастенический эффект венлафаксина в исследованной выборке развивался в те же сроки, что антидепрессивный и антидисфорический.

На рисунке 3 отражены результаты анализа качества ответов на терапию венлафаксином (ремиссия- общий балл HDRS \leq 7, респондеры- редукция общего балла HDRS на 50% и более от исходного; нонреспондеры- редукция общего балла HDRS менее чем на 50%), достигнутых к Д90.

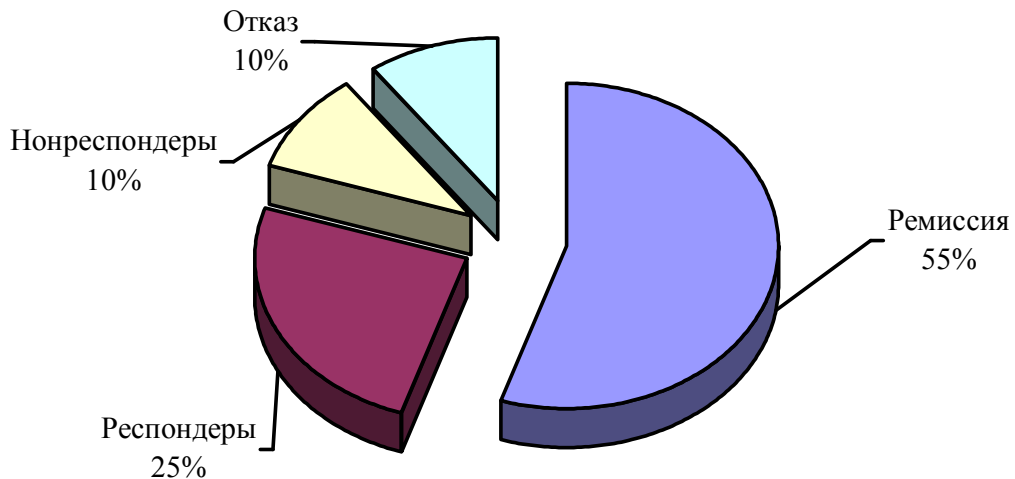


Рис. 3. Результаты анализа качества ответов на терапию венлафаксином.

Хороший и удовлетворительный ответ на терапию венлафаксином отмечался у 80% включенных в исследование пациенток, при этом, у 55% пациенток к Д90 отмечалось состояние ремиссии.

В заключение необходимо отметить, что выявленная нами констелляция факторов, способствующих развитию атипичной депрессии у пациенток с КС, не является уникальной для данной половозрастной группы. Сама атипичная депрессия встречается не только у больных возраста обратного развития, но также и у пациентов молодого и среднего возраста. Данные обстоятельства позволяют ожидать высокой эффективности терапии венлафаксином у пациентов молодого и среднего возраста с симптоматикой атипичной депрессии, развивающейся на фоне длящейся психотравмирующей ситуации при наличии органической стигматизации ЦНС и личностных особенностей ананкастного плана.

Выводы. По результатам исследования могут быть сделаны следующие выводы.

1. Венлафаксин является эффективным средством терапии депрессивных состояний с клиникой атипичной депрессии у пациенток с КС.

2. Целесообразны исследования эффективности венлафаксина в терапии депрессивных состояний со сходными клиническими и этиологическими особенностями у пациентов других возрастных групп.

Литература.

1. Барденштейн Л.М. Клиническая типология депрессивных расстройств у женщин в перименопаузальном периоде / Л.М. Барденштейн, А.М. Торчинов, М.М. Умаханова, М.А. Хархарова, С.В. Сухоручко // Аллергология и иммунология- 2005- Т.6, №2- С. 269
2. Менделевич В.Д. Психопатология климакса / В.Д.Менделевич // Казань, 1992- 168 с
3. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д.Менделевич // М., Медпресс, 2001- 432 с
4. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия / С.Н.Мосолов // М.: АртИнфоПабблишинг, 2007- 63 с
5. Сметник В.П. Руководство по климактерию / В. П.Сметник, В.И.Кулаков // М.: МИА, 2001 – 685 с
6. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств. Доклад рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных /Ред. русского перевода В.Н.Краснов // М.: РОП, 2008- 215 с
7. Юренева С.В. Депрессивные расстройства у женщин в пери- и постменопаузе / С.В.Юренева, Г.Я.Каменецкая // Гинекология- 2007- Т.9, № 2- С. 5- 12
8. Angst J. Toward validation of atypical depression in the community: results of the Zurich cohort study / J. Angst, A. Gamma, R. Sellaro // J. Affect. Disord.- 2002- No. 72- P. 125- 138
9. Henkel V. Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: prevalence, specific characteristics and consequences / V. Henkel, R. Mergl, G.C. Coyne // J. Affect. Disord.- 2004- No.83- P. 237- 242
10. Iglesias C. Venlafaxine extended release for climacteric women with depression or anxiety diagnosis. An open-label study / C. Iglesias, E. Pato, S. Ocio, J. Ortigosa, S. Santamarina, M. Merino et al.// Actas Esp Psiquiatr. 2008 Dec 15. [Epub ahead of print]
11. Joffe H. Treatment of depression and menopause-related symptoms with the serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor duloxetine / H. Joffe, C.N. Soares, L.F. Petrillo, A.C. Viguera, B.L. Somley et al //J. Clin. Psychiatry- 2007- Vol. 68, No.6- P. 943-50
12. Klein D.F. Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders / D.F. Klein, J.M. Davis // Baltimore: Williams and Wilkins and Wilkins Co., 1969- 480 p
13. Khouzam H.R. The antidepressant sertraline: a review of its uses in a range of psychiatric and medical conditions / H.R. Khouzam, R. Emes, T. Gill, R. Raroque// Compr. Ther.- 2003- Vol. 29- P. 47- 53
14. Parker G. Atypical depression: a reappraisal / G. Parker, K. Roy, P. Mitchell // Am. Psychiatry- 2002- Vol. 159, No.9- P. 1470- 1479

Abstract.

T.M. Polozova, D.L. Shapovalov

VENLAFAXINE TREATMENT OF ATYPICAL DEPRESSIONS IN PERIMENOPAUSAL WOMEN: A PILOT STUDY

Voronezh State Psychoneurological Dispensary; Chair of Psychiatry N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy

In a pilot study of venlafaxine therapy in atypical depressions co- morbid with menopausal syndrome, satisfactory efficacy of venlafaxine 37,5- 225 mg daily was observed. Some predictors

of atypical depressions in perimenopausal women, including minimal brain dysfunction, anankast personality and prolonged, inescapable distress, were revealed. Asthenic, dysphoric, depressive and anxious symptoms significantly reduced during venlafaxine therapy. Pilot studies of venlafaxine treatment in other cohorts of patients with atypical depressions can also be perspective.

Key words: venlafaxine, atypical depression, menopausal syndrome

References.

1. Bardenstein L.M. et al. Clinical types of depressions in perimenopausal women. *Allergologia i immunologia*- 2005- Vol. 6, No.2- P. 269
2. Mendelevitch V.D. *Climacterium Psychopathology*. Kasan, 1992- 168 p.
3. Mendelevitch V.D. *Psychology of the Deviant Behavior*. M., Medpress, 2001- 432 p.
4. Mosolov S.N. *Depressive and Anxious Disorders: Therapy and Co- Morbidity*. M., ArtInfoPublishing, 2007- 63 p.
5. Smetnik V.P., Kulakov V.I. *Guide on Climacterium*. M., MIA, 2001- 685 p
6. *Antidepressive Drugs and Other Evidence- based Therapies of Depressions: CINP Workgroup Report*. M., RSP, 2008- 215 p
7. Jureneva S.V., Kamenetskaya G.Ya. Depressions in perimenopausal women. *Ginekologia*- 2007- Vol.9, No.2- P. 5-12
8. Angst J. Toward validation of atypical depression in the community: results of the Zurich cohort study / J. Angst, A. Gamma, R. Sellaro // *J. Affect. Disord.*- 2002- No. 72- P. 125- 138
9. Henkel V. Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: prevalence, specific characteristics and consequences / V. Henkel, R. Mergl, G.C. Coyne // *J. Affect. Disord.*- 2004- No.83- P. 237- 242
10. Iglesias C. Venlafaxine extended release for climacteric women with depression or anxiety diagnosis. An open-label study / C. Iglesias, E. Pato, S. Ocio, J. Ortigosa, S. Santamarina, M. Merino et al.// *Actas Esp Psiquiatr.* 2008 Dec 15. [Epub ahead of print]
11. Joffe H. Treatment of depression and menopause-related symptoms with the serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor duloxetine / H. Joffe, C.N. Soares, L.F. Petrillo, A.C. Viguera, B.L. Somley et al // *J. Clin. Psychiatry*- 2007- Vol. 68, No.6- P. 943-50
12. Klein D.F. *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders* / D.F. Klein, J.M. Davis // Baltimore: Williams and Wilkins and Wilkins Co., 1969- 480 p
13. Khouzam H.R. The antidepressant sertraline: a review of its uses in a range of psychiatric and medical conditions / H.R. Khouzam, R. Emes, T. Gill, R. Raroque// *Compr. Ther.*- 2003- Vol. 29- P. 47- 53
14. Parker G. Atypical depression: a reappraisal / G. Parker, K. Roy, P. Mitchell // *Am. Psychiatry*- 2002- Vol. 159, No.9- P. 1470- 1479.

С.Н. Попов, С.М. Борисов, В.С. Прощалькина
**АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЬНЫХ
ПОСТУПАВШИХ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
В ГУЗ «ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» С 1995 ПО 1999 ГОД**

ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер»

Резюме. В статье рассматриваются пациенты с шизофренией, умственной отсталостью и органическими непсихотическими расстройствами, поступившие на принудительное лечение. Сделан вывод, что наибольшую криминогенную опасность представляют больные с органическими непсихотическими расстройствами.

Ключевые слова: принудительное лечение, шизофрения, умственная отсталость, органические непсихотические расстройства.

Актуальность. Данные сравнительного анализа различных нозологических групп больных поступающих на принудительное лечение свидетельствуют о разной степени криминогенной опасности этих больных. Несмотря на общепризнанное мнение о том, что наибольшую криминогенную опасность представляют больные шизофренией, это мнение верно лишь отчасти. Да, больные с данной нозологией в абсолютных цифрах чаще совершают правонарушения, но ведь и общее количество таких больных в популяции значительно больше. Из приведенных ниже данных следует, что наибольшую криминогенную опасность представляют больные с органическими непсихотическими расстройствами. Эти пациенты значительно чаще обнаруживают склонность к совершению особо тяжких правонарушений, страдают алкоголизмом, и значительно чаще проживают в неблагоприятных социальных условиях.

Целью исследования являлся анализ различных нозологических групп больных поступавших на принудительное лечение, по тяжести совершенных правонарушений, сопутствующей наркологической патологии, социальных условий и сочетании этих факторов между собой. Ранее мы уже проводили подобные исследования, но оценивалось только тяжесть совершенного деяния в соответствии с определенным психиатрическим заболеванием. На этот раз мы рассмотрим различные нозологические группы больных поступавших на принудительное лечение в зависимости от нескольких факторов, указанных выше.

Материал и методы исследования. Анализ проводился на основании данных истории болезни 210 пациентов. Обязательным условием было наличие исследуемых параметров на момент совершения правонарушения, а не после или до того. Исследовались следующие нозологические группы: – шизофрения параноидная 156; – эпилепсия 9; – умственная отсталость 34; – органические непсихотические расстройства 32; – алкоголизм 7; – биполярные аффективные расстройства 3; – реактивные состояния 2.

В каждой группе исследовались следующие показатели: – тяжесть совершенного деяния; – наличие зависимости (алкогольной, наркотической); – социальные условия; – склонность к рецидивам (повторность ООД).

Основным параметром исследования был выбран такой признак как тяжесть правонарушения, а остальные показатели оценивались по отношению к основному. К группе тяжких правонарушений нами были отнесены преступления против жизни и здоровья, (ст. 105, 111, УК РФ), преступления против половой неприкосновенности половой свободы личности (131, 132 ст. УК РФ). Все остальные случаи встреченные нами в ходе исследования были отнесены к менее тяжким преступлениям.

Диагноз устанавливался стационарной судебно-психиатрической экспертизой Воронежской клинической психиатрической больницы, Курского регионального центра судебной психиатрии, ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Полученные результаты и их обсуждение. Результаты исследования мы рассмотрим по каждой нозологической группе в отдельности.

Шизофрения параноидная. Данная группа составила 156 пациентов, эту группу, как и все остальные мы, разделили на две подгруппы: а) совершившие тяжкие преступления – 66 (далее подгруппа №1), б) совершившие мелкие правонарушения – 90 (далее подгруппа №2). Что составило 42.3 и 57.6 % от общего количества пациентов с данной нозологией соответственно.

Далее мы провели анализ наличия сопутствующих факторов в каждой из подгрупп. Но для начала вашему вниманию представляются данные по каждому показателю в общем количестве больных данной группы (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов с параноидальной шизофренией согласно сопутствующим факторам

Показатель	Особо тяжкие правонарушения	Менее тяжкие правонарушения
Алкоголизм	31 (47%)	61 (67,7%)
Наркомания	3	7
Повторность ООД	39 (59%)	49 (54,4%)
Неуд. социальные условия	41 (62,1%)	67 (74,4%)
Всего	66	90

В подгруппе 1 количество больных с алкогольной зависимостью значительно меньше, чем в подгруппе № 2 - 47% и 67,7% соответственно. Это факт говорит о том, что как ни странно, алкоголизм снижает криминогенную опасность больных шизофренией.

Наличие сопутствующей наркомании в общем, количестве больных данной группы составило - 6.4%, а в подгруппах - 7%. Статистически значимой разницы в подгруппах не оказалось, и данный фактор в этой группе больных нами далее не рассматривался. Изучение такого фактора, как повторность ООД привело нас к следующим показателям. Разница в процентном отношении в подгруппах составила всего 4.6%. Исходя из этого, можно сказать, что больные, как первой, так и второй подгруппы в равной мере склонны к рецидивам ООД. Рассматривая же такой показатель, как неудовлетворительные социальные условия мы пришли к выводу, что больные совершающие мелкие правонарушения (а это в подавляющем большинстве кражи) чаще проживают в неудовлетворительных социальных условиях 74.4% против 62.1% в подгруппе № 1 соответственно.

Далее в этой группе мы провели анализ на наличие двух и более факторов одновременно. В подгруппе №1 у 50% больных присутствовали такие показатели, как алкоголизм, неудовлетворительные социальные условия и склонность к рецидивам ООД. В подгруппе № 2 этот процент составил 41.1%. Примечательно, что в обеих подгруппах если пациент страдал алкоголизмом, то в 100% случаев у него были, и неблагоприятные социальные условия и обнаруживалась склонность к повторным ООД.

Умственная отсталость. Данная группа составила 33 пациента, эту группу мы также разделили на две подгруппы: а) совершившие тяжкие преступления – 8 (далее подгруппа №1), б) совершившие мелкие правонарушения – 25 (далее подгруппа №2). Что составило 24.3% и 75.8 % от общего количества пациентов с данной нозологией соответственно.

Общие показатели данной группы: всего больных – 33; – алкоголизм - 26 (78.8%); – наркомании – 0; – повторность ООД - 24 (72.7%); – неуд. соц. условия - 25 (75.7%) (см. табл. 2).

Таблица 2.

***Распределение пациентов с умственной отсталостью
согласно сопутствующим факторам***

Показатель	Особо тяжкие правонарушения	Менее тяжкие правонарушения
Алкоголизм	4 (50%)	22 (88%)
Наркомания	-	-
Повторность ООД	3 (37,5%)	21 (84%)
Неуд. социальные условия	6 (75%)	19 (76%)
Всего	8	25

У больных с данной нозологией в подгруппе № 1 с алкогольной зависимостью значительно меньше, чем в подгруппе №2 50% и 88%

соответственно. Примечательно, что при изучении данной нозологии нам не встретилось не одного случая наркотической зависимости. Зато такой фактор как склонность к рецидивам ООД во 2-й подгруппе более чем вдвое превышает такой же показатель в 1-й подгруппе (37,5% и 84% соответственно). Неудовлетворительные социальные условия в обеих группах составили приблизительно равный процент 75 и 76 соответственно.

Далее, как и в предыдущей группе, мы провели анализ на наличие двух и более факторов одновременно. В результате анализа получены следующие данные: в 1 подгруппе у пяти пациентов сопутствовала алкогольная зависимость (62.5%), при этом из них лишь у двоих присутствовали все остальные факторы, и у троих наряду с алкоголизмом отмечались только неблагоприятные социальные условия, тогда как во второй подгруппе у 16 пациентов присутствовали все три фактора (64%).

Органические непсихотические расстройства. Данная группа составила 32 пациента, эту группу мы также разделили на две подгруппы: а) совершившие тяжкие преступления – 17 (далее подгруппа №1), б) совершившие мелкие правонарушения – 15 (далее подгруппа №2), что составило 53.1% и 46.9 % от общего количества пациентов с данной нозологией соответственно.

Общие показатели данной группы: всего больных – 32; – алкоголизм – 27 (84.3%); – наркомании – 1 (3.1%); – повторность ООД – 14 (43.75%); – неуд. соц. условия – 27 (84.4%) (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение пациентов с органическими непсихотическими расстройствами согласно сопутствующим факторам

Показатель	Особо тяжкие правонарушения	Менее тяжкие правонарушения
Алкоголизм	14 (82,3%)	13 (86,7%)
Наркомания	-	6(%)
Повторность ООД	6 (35,3%)	9 (53%)
Неуд. социальные условия	13 (76,4%)	14 (93,3%)
Всего	17	15

В данной группе количество больных страдающих алкоголизмом в обеих подгруппах оказалось почти одинаковым 82,3% и 86,7% соответственно. Также как и в группе больных умственной отсталостью почти нет больных с наркотической зависимостью (1 пациент во всей группе). Значительная разница была получена и в отношении повторности ООД 35.3% и 53%. Количество больных с неблагоприятными социальными условиями в обеих группах оказалось значительным, но во 2-ой группе 93.3%.т.е. практически все.

Анализ на наличие двух и более факторов показал следующее: в 1-ой подгруппе этот показатель составил 41.2 %, а во второй подгруппе 53.3%.

В данной работе мы не стали проводить анализ таких нозологических групп как эпилепсия, алкоголизм, в связи с тем, что количество таких больных было крайне незначительно не более 4% от общей массы, а биполярные аффективные расстройства составили 1% от общего количества больных.

Таблица 4.

Сравнительный анализ распределения исследованных нозологических групп согласно сопутствующим факторам

Показатель	Шизофрения	Умственная отсталость	Органические непсихотические расстройства
Алкоголизм	97 (62,2%)	26 (78,8%)	27 (83,3%)
Повторность ООД	88 (56,7%)	24 (72,7%)	14 (43,8%)
Наркомания	10 (6,4%)	–	1 (3,1%)
Неудовлетворит. соц. условия	111 (71,6%)	25 (75,5%)	27 (84,1%)
Склонность к особо тяжким ООД	66 (42,3%)	8 (24,3%)	17 (53,1%)
Всего пациентов	156	33	32

Как видно из таблицы 4 в группе больных органическими непсихотическими расстройствами по трем из пяти показателей был наивысший процент, пациенты данной нозологической группы чаще страдают алкоголизмом, обнаруживают склонность к совершению особо тяжких правонарушений, и значительно чаще проживают в неблагоприятных социальных условиях.

Далее мы проанализировали все нозологические группы на наличие 3-х и более параметров одновременно и вот что получили: в группе больных шизофренией таких больных оказалось 44.9% (70), с умственной отсталостью 54.5% (18), с органическими непсихотическими расстройствами 46.9% (15).

В процессе наших исследований мы столкнулись с необходимостью оценки всех рассмотренных параметров единым показателем. Такой показатель был нами разработан и назван индекс криминогенной опасности (ИКО). $ИКО = (E1 + E2)/2$,

где E1 – среднее арифметическое из всех процентных показателей в каждой нозологической группе, а E2 – среднее арифметическое из тех же показателей за исключением наркомании. Показатель E2 был нами выбран для достоверности оценки, так как, количество пациентов страдающих наркоманией в группах составили не более 6.5%, а в группе больных с умственной отсталостью таких больных вообще не было. В итоге ИКО по изученным нозологиям составил: 1. шизофрения – 53,0; 2. умственная отсталость – 56,5; 3. органические непсихотические расстройства – 59,8.

Выводы.

1. Несмотря на общепризнанное мнение о том, что наибольшую криминогенную опасность представляют больные шизофренией, это мнение верно лишь отчасти. Да, больные с данной нозологией в абсолютных цифрах чаще совершают правонарушения, но ведь и общее количество таких больных в популяции значительно больше.

2. Из наших исследований следует, что наибольшую криминогенную опасность представляют больные с органическими непсихотическими расстройствами. Эти пациенты значительно чаще обнаруживают склонность к совершению особо тяжких правонарушений, страдают алкоголизмом, и значительно чаще проживают в неблагоприятных социальных условиях.

3. Причин такого положения по нашему мнению несколько. Одной из причин является клиника психических расстройств. Больным с органическими непсихотическими расстройствами свойственны эксплозивность, эмоциональная неустойчивость, расстройства влечений. У них отсутствуют такие симптомы как бред, галлюцинации. Поэтому такие больные попадают в поле зрения врача психиатра, как правило, уже после совершения правонарушения. В отличие от больных шизофренией, которые зачастую тяготеют к галлюцинаторно-бредовой симптоматикой и сами обращаются за помощью, пациенты с органическими непсихотическими расстройствами крайне редко обращаются к психиатрам.

4. Исходя из всего выше сказанного, следует, что именно больные с умственной отсталостью и органическими непсихотическими расстройствами требуют особого внимания. Ранее выявление данной патологии и активное наблюдение в качестве профилактики общественно-опасных действий, может привести к значительному снижению криминогенной опасности данных больных, и это будет основным показателем эффективности работы врачей-психиатров в отношении этих больных.

Abstract.

S.N. Popov, S.M. Borisov, V.S. Proshchalykina

**ANALYSIS OF VARIOUS NOSOLOGICAL GROUP OF PATIENTS ACTING ON THE
COMPULSORY TREATMENT IN VORONEZH REGIONAL CLINICAL HOSPITAL
IN 1995-1999**

Voronezh regional clinical psychoneurological clinic

In article patients with a schizophrenia, a mental retardation and the organic not psychotic distresses, acted on a compulsory treatment are surveyed. The conclusion is made, that the great criminology danger is represented by patients with organic not psychotic distresses.

Key words: a compulsory treatment, a schizophrenia, a mental retardation, organic not psychotic distresses.

Сведения об авторах: Попов Сергей Николаевич телефоны для контакта 8(47371)90-3-80 (рабочий) 8-920-469-78-42 (мобильный).

М.К. Резников, О.Ю. Ширяев

**ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ
РАЗНЫХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП**

Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Резюме. Проведено исследование на 63 больных параноидной шизофренией. Вегетативный статус оценивался с помощью вариабельности сердечного ритма и физиологических показателей. Показано, что у пациентов, получавших лечение галоперидолом и клозапином, отмечается выраженная симпатикотония с дизрегуляцией вегетативной сферы. У пациентов, находящихся на лечении зуклопентиксолом, показатели вегетативного баланса приближены к физиологическим, этот препарат более приемлем пациентам с признаками вегетативной дизрегуляции и наличием сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: шизофрения, вариабельность сердечного ритма, нейролептики, вегетативный статус.

Актуальность. Учитывая важную роль в патогенезе шизофрении отделов головного мозга, участвующих в вегетативной регуляции, например, лимбической системы [4] и ретикулярной формации [8], можно предположить, что у больных шизофренией будет наблюдаться вегетативная дизрегуляция.

У больных шизофренией, не получающих терапии, отмечается смещение вегетативного равновесия в сторону превалирования симпатического отдела, обычно это связано с уменьшением влияния парасимпатических воздействий [1, 2, 3, 5, 6, 7].

Учитывая, что многие антипсихотические средства имеют сродство к адренергическим и холинергическим рецепторам, можно предположить, что вегетативная регуляция при применении нейролептиков разных фармакологических классов будет отличаться.

Цель работы – становить особенности вегетативного статуса больных шизофренией в зависимости от терапии антипсихотическими средствами разных фармакологических групп.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе стационарных отделений ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер».

Критерии включения пациентов в исследование:

- 1) установленный диагноз параноидной шизофрении (согласно критериям для F20.0 по МКБ–10);
- 2) длительность заболевания не менее 1 года;

3) число госпитализаций в психиатрический стационар, включая настоящую, – не менее 2;

4) возраст пациентов 18–60 лет;

5) получение стабильной дозы препарата на протяжении минимум 7 суток;

6) наличие согласия о сотрудничестве в процессе исследования;

В исследование было включено 63 пациента мужского пола в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст $38,7 \pm 11,7$ лет).

В работе использовались следующие методы исследования:

1) клинико-психопатологический;

2) оценка физиологических показателей (ЧСС, АД, с расчетом ВИ, МОК и коэффициента Хильдебранта);

3) математический анализ variability сердечного ритма (BCP);

4) статистический.

Полученные результаты и их обсуждение. Были изучены особенности вегетативного статуса больных шизофренией в зависимости от получаемой терапии антипсихотическими средствами разных фармакологических классов.

В группу 1 вошло 24 пациента, получавших терапию антипсихотическим средством галоперидол (производитель «Ферейн») в суточной дозе от 0,01 до 0,02 в зависимости от клинической картины расстройства или 0,1 галоперидола деканоата 1 раз в месяц.

Группу 2 составили 20 пациентов, которым помимо галоперидола в дозе 0,01–0,02 в сутки назначался атипичный антипсихотический препарат клозапин (Азалептин, производитель ОАО «Органика») в суточной дозе 0,05–0,25.

19 пациентов группы 3 получали в качестве основной терапии антипсихотик зуклопентиксол (Clorixol, производитель Lundbeck) в форме зуклопентиксола деканоата (Clorixol-depo) внутримышечно в дозе 0,2 1 раз в 2 недели.

На первом этапе анализа данных произведено сравнение пациентов, получающих монотерапию галоперидолом и комбинацией галоперидола и клозапина.

Это сравнение обусловлено тем, что галоперидол является эталонным антипсихотическим препаратом 1-го поколения, а клозапин – эталонным антипсихотическим препаратом 2-го поколения и важным представляется анализ вегетативных изменений именно у этих препаратов, которые являются препаратами сравнения в большинстве исследований.

Данные, отражающие особенности вегетативного статуса больных шизофренией, получавших галоперидол в виде монотерапии и в комбинации с клозапином, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Особенности вегетативного статуса больных шизофренией, получавших галоперидол в виде монотерапии и в комбинации с клозапином

Характеристики	Препарат	
	Галоперидол	Клозапин + Галоперидол
ЧСС, уд/мин	88 (77; 122)	93 (79; 115)
SDNN, мс	24 (18; 45)	23 (16; 34)
RMSSD, мс	23 (7; 28)	19 (11; 28)
pNN50, %	4 (0; 9)	2 (0; 8)
ИВР, усл. ед.	365 (153; 618)	500 (283; 677)
ИН, усл. ед.	375 (99; 631)	408 (180; 691)
VLF, %	51 (36; 64)	67 (35; 72)
LF, %	38 (30; 46)	31 (24; 38)
HF, %	7 (4; 14)	6 (3; 11)
LF/HF	8 (3; 13)	6 (2; 11)
Сист. АД, мм рт. ст.	120 (110; 125)	119 (110; 130)
Диаст. АД, мм рт. ст.	80 (70; 85)	83 (75; 90)
Индекс Кердо	16,1 (4,8; 32,5)	15,8 (-14,6; 28,0)
ЧДД	19 (17; 22)	18 (16; 20)
МОК	3533 (3060; 4200)	3206 (2609; 4452)
Коэффициент Q	5,5 (4,3; 5,9)	5,2 (4,4; 6,3)

В таблице приведены значения медиан. В скобках указаны 25% и 75% квантили.

Результаты, представленные в таблице 1, дают возможность говорить о том, что показатели вегетативного равновесия в зависимости от лечения галоперидолом, а также клозапином в сочетании с галоперидолом достоверно не различаются. Это позволяет в дальнейшем рассматривать эти 2 группы как единую в сравнении с группой пациентов, получавших препарат зуклопентиксол.

Важным также представляется вопрос о корреляционных взаимосвязях дозировки препарата клозапин и вегетативного статуса больных шизофренией в виду того, что клозапин оказывает мощное холинолитическое действие и может оказывать влияние на вегетативную регуляцию.

В таблице 2 представлены данные о наличии корреляционной связи между суточной дозой клозапина, которая варьировала от 0,05 до 0,25 и показателями вегетативного статуса пациентов.

Таблица 2.

Корреляционные взаимосвязи между суточной дозой клозапина (0,05–0,25) и показателями вегетативного статуса

Показатели	rs
ЧСС, уд/мин	–
SDNN, мс	-0,42
RMSSD, мс	-0,40
pNN50, %	–
ИВР, усл. ед.	0,39
ИН, усл. ед.	0,39
VLF, %	0,38
LF, %	-0,42
HF, %	–
LF/HF	–
Сист. АД, мм рт. ст.	–
Диаст. АД, мм рт. ст.	–
Индекс Кердо	–
ЧДД	–
МОК	–
Коэффициент Q	–

Все показатели, приведенные в таблице являются статистически значимыми ($p < 0,05$).

Данные, указанные в таблице 2, демонстрируют, что имеются достоверные положительные корреляционные связи средней силы между дозой клозапина и индексом вегетативного равновесия (ИВР), индексом напряжения регуляторных систем (ИН,) мощностью очень низкочастотной части спектра (VLF) и достоверные отрицательные корреляционные связи средней силы с показателями общей вариабельности (SDNN), функционирования парасимпатического звена (RMSSD), мощностью низкочастотной части спектра (LF). Характер этих связей указывает на то, что при повышении дозы клозапина наблюдается возрастание роли симпатического отдела ВНС в регуляции ритма сердца. Мы предполагаем, что исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР) может быть рекомендовано для мониторинга оценки действия клозапина. Важно, что корреляционные взаимосвязи прослеживались только по показателям ВСР, а по физиологическим показателям и вегетативным индексам достоверных корреляций не отмечалось. Следовательно, при мониторинге действия клозапина необходимо обращать внимание в первую очередь именно на показатели ВСР, а не только на ЧСС, АД и другие физиологические показатели и вегетативные индексы.

Отличия вегетативного статуса больных шизофренией в зависимости от получаемой терапии галоперидолом (в том числе в сочетании с клозапином) или зуклопентиксолом приведены в таблице 3.

Таблица 3.

Особенности вегетативного статуса больных шизофренией в зависимости от получаемой терапии галоперидолом или зуклопентиксолом

Характеристики	Препарат		Норма
	Галоперидол	Зуклопентиксол	
ЧСС, уд/мин	92 (78; 120)	81 (74; 88)**	60–90
SDNN, мс	23 (18; 38)	54 (27; 59)**	40–80
RMSSD, мс	21 (7; 28)	26 (22; 36)**	20–50
pNN50, %	3 (0; 9)	12 (4; 13)**	24–42
ИВР, усл. ед.	428 (229; 629)	128 (124; 335)**	35–145
ИН, усл. ед.	384 (146; 646)	98 (74; 236)**	80–150
VLF, %	57 (36; 68)	54 (49; 60)	1,5–2,0
LF, %	35 (24; 48)	39 (31; 48)	15–25
HF, %	7 (3; 12)	6 (4; 8)	15–40
LF/HF	7 (3; 11)	6 (4; 11)	15–30
Сист. АД, мм рт. ст.	120 (110; 128)	110 (105; 120)	120–129
Диаст. АД, мм рт. ст.	80 (75; 90)	75 (70; 85)	80–84
Индекс Кердо	16,1 (0,8; 30,6)	3,4 (-4,2; 7,9)**	0
ЧДД	18 (17; 22)	18 (17; 18)	16–20
МОК	3422 (2843; 4378)	3141 (2467; 3378)	3800–4400
Коэффициент Q	5,5 (4,3; 6,1)	4,5 (4,1; 4,9)*	2,8–4,9

В таблице приведены значения медиан. В скобках указаны 25% и 75% квартили; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Более высокие значения таких показателей вегетативного статуса как ИВР, ИН, ВИ и коэффициента Q и низкие показатели SDNN в группе больных, получающих галоперидол (в том числе и с сопутствующей терапией клозапином), указывают на возрастание активности симпатического отдела, признаки подавления активности автономного контура регуляции, о стойком напряжении регуляторных систем организма, дизадаптации, нарушении межсистемных взаимодействий. Низкие значения показателей RMSSD и pNN50 указывают также на уменьшение влияния парасимпатического звена ВНС на регуляцию сердечного ритма, что способствует еще большей симпатикотонии. Выраженное превалирование симпатического отдела ВНС указывает на несбалансированный характер симпатической стимуляции сердца. Такой характер вегетативной регуляции сердечной деятельности способствует развитию желудочковых

аритмий, повышенной адгезивности тромбоцитов, и может стать причиной смерти.

У пациентов, получавших зуклопентиксол, большинство показателей вегетативного статуса находится в пределах нормы. Следовательно, применение у пациентов, страдающих шизофренией, антипсихотического препарата зуклопентиксол не сопровождается выраженными изменениями вегетативной регуляции, регуляция сердечного ритма более автономна. У пациентов, получавших зуклопентиксол, с меньшей вероятностью можно ожидать появление сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы.

1. Показатели вегетативного равновесия у больных шизофренией в зависимости от лечения галоперидолом, а также клозапином в сочетании с галоперидолом достоверно не различаются.

2. Имеются достоверные положительные корреляционные связи средней силы между дозой клозапина и индексом вегетативного равновесия (ИВР), индексом напряжения регуляторных систем (ИН) мощностью очень низкочастотной части спектра (VLF) и достоверные отрицательные корреляционные связи средней силы с показателями общей вариабельности (SDNN), функционирования парасимпатического звена (RMSSD), мощностью низкочастотной части спектра (LF). Эти соотношения указывают на то, что при повышении дозы клозапина наблюдается возрастание роли симпатического отдела ВНС в регуляции ритма сердца.

3. Показано, что у больных шизофренией, принимающих галоперидол и клозапин, отмечается выраженная симпатикотония с дизрегуляцией вегетативной сферы. У пациентов, находящихся на лечении зуклопентиксолом, показатели вегетативного баланса приближены к физиологическим, этот препарат более приемлем пациентам с признаками вегетативной дизрегуляции и наличием сердечно-сосудистых заболеваний.

4. В группе больных, получающих галоперидол (в том числе и с сопутствующей терапией клозапином), возрастает активность симпатического отдела с признаками подавления активности автономного контура регуляции, что свидетельствует о стойком напряжении регуляторных систем организма, дизадаптации, нарушении межсистемных взаимодействий. Низкие значения показателей RMSSD и pNN50 указывают также на уменьшение влияния парасимпатического звена ВНС на регуляцию сердечного ритма, что способствует еще большей симпатикотонии.

Литература.

1. Bar K.J., Boettger M.K., Koschke M. Non-linear complexity measures of heart rate variability in acute schizophrenia // Clin. Neurophysiol. – 2007. – Vol. 118, № 9. – P. 2009-2015.
2. Bar K.J., Boettger M.K., Voss A. Differences between heart rate and blood pressure variability in schizophrenia // Biomed Tech. (Berl.). – 2006. – Vol. 51, № 4. – P. 237-239.

3. Bar K.J., Letzsch A., Jochum T. Loss of efferent vagal activity in acute schizophrenia // *J. Psychiatr. Res.* – 2005. – Vol. 39, № 5. – P. 519-527.
4. Chance S.A. Amygdala volume in schizophrenia: post-mortem study and review of magnetic resonance imaging findings // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 180. – P. 331-338.
5. Mujica-Parodi L.R., Yeragani V., Malaspina D. Nonlinear complexity and spectral analyses of heart rate variability in medicated and unmedicated patients with schizophrenia // *Neuropsychobiology.* – 2005. – Vol. 51, № 1. – P. 10-15.
6. Toichi M., Kubota Y., Murai T. The influence of psychotic states on the autonomic nervous system in schizophrenia // *Int. J. Psychophysiol.* – 1999. – Vol. 31, № 2. – P. 147-154.
7. Valkonen-Korhonen M., Tarvainen M.P., Ranta-Aho P. Heart rate variability in acute psychosis // *Psychophysiology.* – 2003. – Vol. 40, № 5. – P. 716-726.
8. Yeomans J.S. Role of tegmental cholinergic neurons in dopaminergic activation, antimuscarinic psychosis and schizophrenia // *Neuropsychopharmacology.* – 1995. – Vol. 12, № 1. – P. 3-16.

Abstract.

M.K. Reznikov, O.Yu. Shiryayev

AUTONOMIC FUNCTIONING IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DEPENDING ON THERAPY DIFFERENT ANTIPSYCHOTIC AGENTS

Chair of psychiatry of the N.N. Burdenko Voronezh state medical academy

63 patients suffering from paranoid schizophrenia were examined. The autonomic functioning was estimated with the heart rate variability and physiological parameters. It is shown, that at the patients receiving treatment with haloperidol and clozapine, is marked expressed simpatic nervous system with autonomic disregulation. Patients who are taking zuclopenthixol, autonomic balance are approached to physiological, this preparation is more comprehensible to patients with attributes autonomic disregulation and presence of cardiovascular diseases.

Key words: schizophrenia, heart rate variability, antipsychotic agents, autonomic signs.

References.

1. Bar K.J., Boettger M.K., Koschke M. Non-linear complexity measures of heart rate variability in acute schizophrenia // *Clin. Neurophysiol.* – 2007. – Vol. 118, № 9. – P. 2009-2015.
2. Bar K.J., Boettger M.K., Voss A. Differences between heart rate and blood pressure variability in schizophrenia // *Biomed Tech. (Berl.).* – 2006. – Vol. 51, № 4. – P. 237-239.
3. Bar K.J., Letzsch A., Jochum T. Loss of efferent vagal activity in acute schizophrenia // *J. Psychiatr. Res.* – 2005. – Vol. 39, № 5. – P. 519-527.
4. Chance S.A. Amygdala volume in schizophrenia: post-mortem study and review of magnetic resonance imaging findings // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 180. – P. 331-338.
5. Mujica-Parodi L.R., Yeragani V., Malaspina D. Nonlinear complexity and spectral analyses of heart rate variability in medicated and unmedicated patients with schizophrenia // *Neuropsychobiology.* – 2005. – Vol. 51, № 1. – P. 10-15.
6. Toichi M., Kubota Y., Murai T. The influence of psychotic states on the autonomic nervous system in schizophrenia // *Int. J. Psychophysiol.* – 1999. – Vol. 31, № 2. – P. 147-154.
7. Valkonen-Korhonen M., Tarvainen M.P., Ranta-Aho P. Heart rate variability in acute psychosis // *Psychophysiology.* – 2003. – Vol. 40, № 5. – P. 716-726.
8. Yeomans J.S. Role of tegmental cholinergic neurons in dopaminergic activation, antimuscarinic psychosis and schizophrenia // *Neuropsychopharmacology.* – 1995. – Vol. 12, № 1. – P. 3-16.

Е.А. Ремизова, О.Ю. Ширяев, И.С. Махортова
**АНАЛИЗ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ
ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им.Н.Н. Бурденко

Резюме. Цель исследования повышение эффективности терапии пациентов с инсулинзависимым сахарным диабетом на основе анализа выраженности аффективной патологии. Обследованы пациенты (n=48) с диагнозом «инсулинзависимый сахарный диабет». Были использованы опросники для определения уровня выраженности аффективных расстройств шкалы тревоги и депрессии Гамильтона. В группе больных инсулинзависимым сахарным диабетом у большей части пациентов были выявлены тревожно-депрессивные расстройства. В основном, это расстройства низкой степени выраженности.

Ключевые слова: диабет, тревога, депрессия, аффективные расстройства.

Актуальность. Сахарный диабет – распространенное хроническое заболевание, которое вызывается недостаточным количеством эндогенного инсулина или его сниженной эффективностью. Установлено, около 5% людей в мире страдают данным заболеванием [2].

Частота психических расстройств при сахарном диабете выше, чем прогнозируемая в общей популяции, хотя частота самоубийств в общем не повышается. По данным различных авторов распространенность психических расстройств у больных сахарным диабетом достигает 71–92,7% [3]. Депрессивные состояния при этом являются наиболее распространенным психическим расстройством, коморбидном сахарному диабету (в среднем 22,3%) [5]. Имеются данные том, что тревожно-депрессивные проявления существенно ухудшают качество жизни больных сахарным диабетом, а также способствуют снижению приверженности терапии, повышая тем самым риск развития декомпенсации углеводного обмена и осложнений заболевания [6, 7, 8]. На необходимость назначения психотропных средств при сахарном диабете указывают многие авторы, однако данные о степени выраженности расстройств тревожно-депрессивного спектра противоречивы и нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении [1].

Имеется зависимость между выраженностью тревожно-депрессивных расстройств и частотой госпитализаций пациентов.

Цель исследования – повышение эффективности терапии пациентов с инсулинзависимым сахарным диабетом на основе анализа выраженности аффективной патологии.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели в условиях свободной выборки, в отделении эндокринологии Воронежской

областной клинической больницы были обследованы пациенты (n=48, 22 женщины и 26 мужчины) в возрасте от 18 до 32 лет (средний возраст $23,57 \pm 2,27$) с диагнозом «инсулинзависимый сахарный диабет».

В работе применялись клиничко-психопатологический и психометрический методы исследования. Были использованы опросники для определения уровня выраженности аффективных расстройств шкалы тревоги и депрессии Гамильтона.

Полученные результаты и их обсуждение. Данные обследования свидетельствуют о том, что у большинства обследованных пациентов имеются расстройства тревожно-депрессивного спектра (рис. 1-2).



Рис. 1 Количество пациентов с проявлениями тревоги среди больных с инсулинзависимым сахарным диабетом



Рис. 2 Количество пациентов с проявлениями депрессии среди больных с инсулинзависимым сахарным диабетом

На рисунках 3-4 представлены данные по частотному соотношению различных уровней выраженности тревоги у пациентов с инсулинзависимым сахарным диабетом.

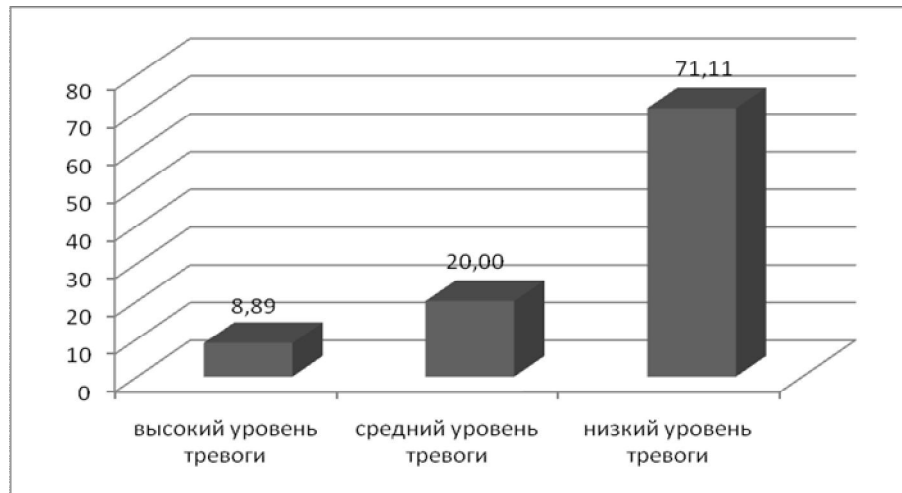


Рис.3 Балльная структура различных уровней выраженности тревожных проявлений у пациентов с инсулинзависимым сахарным диабетом

Как видно из рисунка, у большинства пациентов (71%) был диагностирован низкий уровень выраженности тревоги (менее 7 баллов по шкале HARS), у 20% пациентов имеется средний уровень выраженности тревожных проявлений (8-19 баллов по шкале HARS), и только у 9% больных – высокий уровень (более 19 баллов).

На следующей диаграмме представлены данные по выраженности проявлений депрессии в исследуемой группе больных.

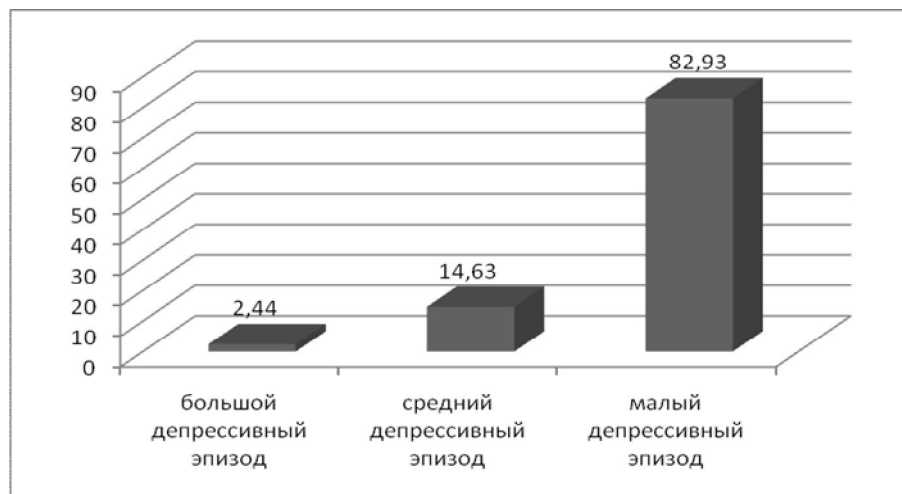


Рис.4 Балльная структура различных уровней выраженности проявлений депрессии у пациентов с инсулинзависимым сахарным диабетом

Как видно из рисунка 4, в группе больных с инсулинзависимым сахарным диабетом, у большей части (83%) обнаружен малый депрессивный эпизод (менее 6 баллов по шкале HDRS), у меньшей части (15%) – средний депрессивный эпизод (7-15 баллов по шкале HDRS), только у 2,5% пациентов имеется большой депрессивный эпизод (более 15 баллов по шкале HDRS).

В таблицах 1-2 представлены данные детального анализа выраженности каждого симптома тревожно-депрессивных проявлений в исследованной группе пациентов с инсулинзависимым сахарным диабетом.

Таблица 1

Средние значения выраженности тревоги в исследуемой группе больных с инсулинзависимым сахарным диабетом

Симптом	средний балл
Тревожное настроение	1,24±0,15
Напряжение	1,18±0,14
Страхи	0,53±0,06
Инсомния	1,12±0,17
Интеллектуальные нарушения	0,15±0,10
Депрессивное настроение	0,76±0,11
Соматические симптомы (мышечные)	0,23±0,12
Соматические симптомы (сенсорные)	0,12±0,01
Сердечно-сосудистые симптомы	0,29±0,02
Респираторные симптомы	0,17±0,15
Гастро-интестинальные симптомы	0,12±0,11
Мочеполовые симптомы	0,08±0,13
Вегетативные симптомы	0,29±0,01
Поведение при осмотре	0,35±0,02
Общий балл	6,94±1,06

Средний балл выраженности проявлений тревоги в группе больных инсулинзависимым сахарным диабетом указывает на наличие тревоги низкой степени выраженности. При этом наиболее выраженными оказались симптомы: инсомния, тревожное настроение, напряжение, а наименее выраженными – интеллектуальные нарушения, мочеполовые, гастро-интестинальные соматические (сенсорные) симптомы.

В исследованной группе пациентов с сахарным диабетом общий балл выраженности депрессии указывает на наличие малого депрессивного эпизода. Наибольшую выраженность имеют следующие проявления: депрессивное настроение, поздняя бессонница, ипохондрия, а наименьшую – суицидальные намерения.

Таблица 2

Средние значения выраженности депрессии в исследуемой группе больных

Симптом	средний балл
Депрессивное настроение	0,65±0,05
Чувство вины	0,47±0,06
Суицидальные намерения	0,09±0,01
Ранняя бессонница	0,46±0,04
Средняя бессонница	0,21±0,06
Поздняя бессонница	0,76±0,06
Работоспособность и активность	0,53±0,06
Заторможенность	0,18±0,04
Ажитация	0,13±0,02
Психическая тревога	0,35±0,07
Соматическая тревога	0,59±0,06
Желудочно-кишечные соматические симптомы	0,13±0,02
Общие соматические симптомы	0,41±0,09
Генитальные симптомы	0,19±0,05
Ипохондрия	0,76±0,09
Потеря в весе	0,18±0,12
Критичность отношения к болезни	0,11±0,05
Суточные колебания	0,15±0,05
Деперсонализация и дереализация	0,15±0,05
Параноидальные симптомы	0,12±0,05
Обсессивные и компульсивные симптомы	0,18±0,08
Общий балл	5,33±0,96

Выводы. Таким образом, в группе больных инсулинзависимым сахарным диабетом у большей части пациентов были выявлены тревожно-депрессивные расстройства. В основном, это расстройства низкой степени выраженности.

На наш взгляд, полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения психометрического исследования всем больным инсулинзависимым сахарным диабетом. При выявлении факторов риска пациентам показана консультация врача-психиатра. Для ряда больных актуально проведение психотерапии и психофармакотерапии с использованием препаратов из группы антидепрессантов и транквилизаторов.

Литература

1. Елфимова Е.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1995.
2. Елфимова Е.В. Соматические маски психических расстройств у больных сахарным диабетом Вестник РУДН серия Медицина 2003 №5 (24) – 74-78
3. Захарчук Т.А. Нозология депрессий у больных СД. Психиатрия. 2005; 5: 32–9.

4. Иванов А.В. Особенности психических расстройств при СД различной степени компенсации и их психотерапевтическая коррекция. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1998.
5. Мельникова О.Г. Особенности клиники и терапевтической тактики у больных сахарным диабетом с сопутствующими аффективными расстройствами. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2003.
6. Berlin J, Bisserbe JC, Eiber R et al. Phobic symptoms, particularly the fear of blood and injury, are associated with poor glycemic control in type 1 diabetic adults. *Diabet Care* 1997; 2: 176–8.
7. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2101
8. Gary TL, Crum RM, Cooper-Patrick L et al. Depressive symptoms and metabolic control in African-Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23 (1): 23–9.

Abstract.

E.A. Remizova, O.Y. Shiryaev, I.S. Makhortova

**THE ANALYSIS OF THE LEVEL OF AFFECTIVE DISORDER IN PATIENTS WITH
INSULIN-DEFICIENT DIABETES**

The Dep. of Psychiatry N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy

The objective of the trial was to evaluate the efficiency of the treatment of the patients with insulin-deficient diabetes by analyzing the level of affective disorder. Patients with the diagnosis insulin-deficient diabetes (n=48) were examined with the help of Hamilton anxiety and depression rating scales. Most patients presented to have anxiety and depression disorders, though the level of those was mostly low.

Key words: insulin-deficient diabetes, anxiety and depression disorders.

М.А. Rogozina, С.Н. Подвигин, А.М. Дилина
**О РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ И ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Резюме. С целью раннего выявления психогенных астенических расстройств проведен психологический скрининг 248 студентов медицинского ВУЗа. Использовались опросник, шкалы астении и тревоги. Психогенная астения в форме расстройства адаптации и невротизации обнаружена у 16,5% студентов. Сравнительный анализ результатов лечения астении психотерапией (релаксация с визуализацией) и транскраниальной магнитотерапией показал наибольшую эффективность комплексного подхода (сочетание психотерапии с транскраниальной магнитотерапией).

Ключевые слова: астенические расстройства, расстройства адаптации, скрининг, невротизация, терапия, релаксация, визуализация, транскраниальная магнитотерапия.

Актуальность. В условиях текущего социально-экономического кризиса и кризиса образовательной системы возрастает риск развития пограничных психических расстройств у лиц молодого возраста, в частности, у студентов.

Психогенные астенические расстройства по мнению ряда авторов [4, 8] являются наиболее распространенными в клинике пограничных психических расстройств. Они могут быть инициальными проявлениями развертывающихся невротических состояний или самостоятельными клиническими формами, такими как «невротизация» и «расстройство адаптации».

Астенические расстройства отличаются структурным полиморфизмом [5, 6] и всегда ухудшают качество жизни, снижают физическую и умственную работоспособность. С учетом психологических особенностей студенчества, заключающихся в пренебрежительном отношении к своему здоровью, актуальной становится задача раннего (на этапе доврачебного обращения) выявления психогенной астении и ее терапевтической коррекции. Наиболее оптимальными и щадящими методами терапии астении являются не медикаментозные – психотерапия и физиотерапия.

Среди физиотерапевтических методов большой интерес вызывает транскраниальная магнитотерапия (ТкМТ), оказывающая многосторонние эффекты на организм – адаптагенный, вегетостабилизирующий, иммуностимулирующий [1, 2, 10].

В связи с вышеизложенным в работе поставлена цель – разработка алгоритмов раннего выявления и терапии психогенных астенических расстройств у студентов медицинского ВУЗа.

Материал и методы исследования. На первом этапе работы сплошным методом подвергли психологическому тестированию 248 студентов II и V курсов

Воронежской Государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко. Тестирование студентов проводилось в период их обучения предмету «психология» на кафедре психиатрии с наркологией.

Возраст обследуемых - от 18 до 25 лет, из них 162 - женщины, 86 - мужчины.

Для скрининга астении применяли клинический опросник (9) и шкалу астенического состояния (ШАС), созданную Л. Д. Малковой и адаптированную Т. Г. Чертовой на основе ММРІ (7). Симптомы тревоги оценивали по шкале самооценки тревоги Спилбергера-Ханина. Оценка клинического состояния, структуры астенического синдрома проводилась в процессе полного клинико-психопатологического обследования (беседа, наблюдение).

Диагностика психогенных астенических расстройств осуществлялась в соответствии с рубриками МКБ-10 - F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства). Независимо от индивидуальных особенностей клинического проявления, во всех случаях диагностика опиралась на представленность «астенической триады» (4) и ведущую роль в генезе астении психосоциального стресса или факторов психического или физического переутомления

На втором этапе работы исследовали эффективность психотерапии (релаксации с визуализацией) и транскраниальной магнитотерапии в лечении психогенных астенических расстройств у 51 студента (15 мужчин, 36 женщин). Из исследования исключались случаи соматогенной и органически обусловленной астении.

Исследуемые студенты с астенией были разделены на три основные и одну контрольную группы. Первая группа, 13 студентов, прошла курсовую психотерапию из 10 сеансов. Каждый сеанс включал обучение релаксации, концентрации внимания на свободном дыхании, чувстве мышечного расслабления, отдыха с визуализацией образа «полёта белой птицы» (3). Сеансы проводились через день в течении трёх недель. По завершении курса терапии студентам рекомендовалось практиковать приёмы саморелаксации ежедневно до двух раз в день.

Вторая группа, 12 студентов, получала лечение ТкМТ с помощью аппарата АМО-АТОС с приставкой «Оголове» (производителю ООО «Трима») битемпорально (движение магнитного поля осуществлялось синхронно на оба полушария). Курс лечения включал 10 сеансов через день. Использовался режим пульсирующего магнитного поля с постепенным повышением частоты модуляции от процедуры к процедуре с 2 до 12 Гц. Через каждые два сеанса применялся режим СТОХАС – включение соленоидов по случайному закону для

предотвращения адаптации к воздействию магнитного поля. Время экспозиции в течении трех процедур увеличивали с 5 до 15 минут.

Третья группа, 12 студентов, получили комплексную терапию в виде сеансов релаксации с визуализацией и ТкМТ по описанным схемам.

Четвёртая группа – контрольная, 14 студентов. В данной группе проводилась имитация магнитотерапии с отключенными электродами.

Оценка эффективности терапии осуществлялась клинически и посредством психометрии с использованием шкалы астении (ШАС) сразу после завершения курса лечения и спустя две недели. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась параметрическими и непараметрическими методами статистики (критерий Вилкоксона, Манна - Уитни).

Полученные результаты и их обсуждение. Применение клинического опросника выявило признаки астении у 56 (22,5%) студентов. Самооценка состояния здоровья с помощью шкалы ШАС позволила определить степень выраженности астении. Астения легкой степени обнаружена у 43 (76,8%) студентов, умеренной степени - у 11 (19,6%), выраженной степени – у 2 (3,6%). Последующее клиничко–психопатологическое обследование лиц с выявленной в скрининге астенией показало, что в 15 (26,8%) случаях астенические расстройства развивались на фоне хронического соматического заболевания, органической церебральной недостаточности или последствий недавно перенесенного острого респираторного вирусного заболевания. В остальных 41 случае (73,2% всех выявленных случаев астении и 16,5% всех обследованных студентов) - астенические нарушения возникали на фоне физического здоровья и связывались обследуемыми с текущими или перенесенными психосоциальными стрессами (трудности в учебе, личной жизни, отношениях со сверстниками, материально-бытовой сферах, беспокойство за здоровье и профессиональное самоопределение в будущем).

Психогенные астенические расстройства синдромально квалифицированы как тревожно–астенические в 28 (50%) случаях, астено–субдепрессивные – в 10 (17,9%), астенические – в 18 (32,1%).

Подавляющее число нарушений астенического круга в соответствии с критериями МКБ–10 определены как «расстройства адаптации» (F43.2).

К данной диагностической рубрике отнесены 36 (87,8%) случаев астенических расстройств, остальные 5 случаев расценены как «неврастения» (F48.0).

Сравнение результатов терапии в основных и контрольной группах сразу после завершения лечения показало, что эффективность различных методов – психотерапии, ТкМТ и ТкМТ в сочетании с психотерапией – была равноценной.

Клиническое улучшение с исчезновением симптомов астении отмечалось у всех студентов основных групп. В контрольной группе результаты лечения оказались достоверно ниже, чем в основных ($p < 0,05$). Астенические состояния сохранялись, хотя и в меньшей степени, в 3 случаях (21.4%) контрольной группы. Оценка психического состояния через 2 недели после завершения лечения показала устойчивость достигнутого улучшения в 3-й группе (психотерапия + ТкМТ) и возвращение астенической симптоматики в 1-й группе – у двух студентов, во 2-й группе – у трех студентов, что вызвало необходимость дополнительного назначения ноотропов и повторного курса ТкМТ. В контрольной группе возврат астенической симптоматики наблюдался у 7 студентов (50%).

Выводы. Изложенные предварительные результаты свидетельствуют о высокой частоте астенических расстройств в студенческой среде медицинского вуза. Раннее выявление психогенных астенических расстройств (алгоритм) может основываться на психологическом скрининге (1-й шаг). Опросник и шкала астении позволяют быстро (в течение 10-15 минут) определить астению и акцентируют внимание студентов на состоянии своего здоровья. Клинико-психопатологическое обследование (2-й шаг) обеспечивает дифференциальную диагностику астенического расстройства и выбор адекватной терапии. Наиболее эффективным и биологически щадящим методом лечения психогенных астенических расстройств (расстройств адаптации и неврастении) легкой и умеренной степени можно считать комплексное применение психотерапии и транскраниальной магнитотерапии.

Литература.

1. Болотова Н. В., Аверьянова А. П., Манукян В. Ю. Транскраниальная магнитотерапия как метод коррекции вегетативных нарушений у детей с сахарным диабетом 1-го типа. Педиатрия 2007; 3:86:65-69
2. Болотова Н.В., Гринкевич А.В., Грищенко Т. П. и др. Адаптогенные возможности динамической магнитотерапии в лечении и профилактике ЛОР-заболеваний у часто болеющих детей. Вестноторинолог 2007;2:22-27
3. Калинаускас И. Н. Наедине с миром.-Киев: «Радянська школа», 1991, с.63
4. Карвасарский Б. Д. Неврозы. М: Медицина 1990; 448
5. Коркина М. В., Цивилько М. А., Карнозов В. Л. и др. Клинические особенности астенических состояний молодого возраста. Журн невр и психиатр 1984, выпуск 11, с.1690-1695
6. Лобзин В. С. Систематика и дифференциация астенических состояний. Журн невр и психиатр 1989, №11, с. 7-11
7. Рогов В. И. Настольная книга практического психолога в образовании: учебное пособие.-М.:ВЛАДОС, 1996, с.230-232
8. Свядощ А. М. Неврозы: руководство для врачей. Санкт-Петербург: Питер1997; 448
9. Сукиасян С. Г., Минасян А. М. Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1994, №2, с.73-76

10. Чураков А. А., Шильман А. И., Райгородский Ю. М. и др. Сочетание общей и местной магнитотерапии при лечении хронического простатита. Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. 2006; 3:20-23.

Abstract.

M.A. Rogozina, S.N. Podvigin, A.M. Dilina

**ABOUT EARLY DIAGNOSTICS AND THERAPY OF ASTHENIC DISORDERS
OF MEDICAL UNIVERSITY'S STUDENTS**

Chair of psychiatry N.N. Burdenko Voronezh state medical academy

For the purpose of detection of asthenic disorders screening-investigation of 240 Medical University's students was carried out. Psychogenic asthenia in the form of adaptation disorders and neurasthenia was found in 17,3% of students. Comparative analysis of the results of treatment of asthenia by psychotherapy (relaxation with visualization) and transcranial magnetic therapy has shown the largest efficiency of integrated approach (combination of psychotherapy with transcranial magnetic therapy).

Key words: asthenic disorders, diagnostics, rating scale, adaptation disorders, neurasthenia, therapy, relaxation, visualization, transcranial magnetic therapy.

References.

1. N.V. Bolotova, A.P. Averyanov, V.Yu. Manukyan. Transcranial magnetic therapy as a method of correction of vegetative disorders of the children with first type of diabetes mellitus. Pediatrics 2007; 3:86:65 – 69.
2. N.V. Bolotova, A.V. Grinkevitch, T.P. Grischenko etc. Adaptogenic abilities of dynamic magnetic therapy in treatment and prevention otorhinolaryngological diseases of weak children. Otorhinolaryngological bulletin 2007; 2:22 – 27.
3. I.N. Kalinauskas One on one with the word. Kiev: «Radyanska shkola», 1991, p.63
4. B.D. Karvasarsky «Neuroses». M: Medicine 1990; 448
5. M.V. Korkina, M.A. Civilko, V.L. Karnozov «Clinical characteristics of asthenic conditions of young people». Journ. neur. and psychiatry, 1984, 11, p.1690 – 1695.
6. V. S. Lobzin Taxonomy and differentiation of asthenic conditions. Journ. neur. and psychiatry 1989, 11, p.7 – 11
7. V.I Rogov The reference book of practical psychologist in education: tutorial. M.: VLADOS, 1996, p.230-232.
8. A.M. Svyadosch Neurosis: doctor's handbook. St. Petersburg: Piter 1997; p. 448
9. S.G Sukiasyan, A.M. Minasyan Clinical questionnaires for early diagnostics of somatic psychiatric disorders. Bechterev review of psychiatry and medical psychology. 1994, p. 73 - 76
10. A.A. Tchurakov, A.I. Shtilman, Yu.M. Raigorodskii etc Local and general magnetic therapy combination in chronical prostatitis. Vopr. kurortol., phisioter., LFK. 2006, 3:20-23.

Сведения об авторах: Рогозина Марина Анатольевна – ассистент кафедры психиатрии с наркологией и психиатрией ИПМО Воронежской государственной медицинской академии имени Н.Н. Бурденко; Почтовый адрес: Воронеж, 394000, ул. Студенческая, 10. E-mail – alvolk7@mail.ru. телефон: 71 55 22 (рабочий)

Подвигин Сергей Николаевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии с наркологией и психиатрией ИПМО Воронежской государственной медицинской академии имени Н.Н. Бурденко Почтовый адрес: Воронеж, 394000, ул. Студенческая, 10 E-mail – okpnd@vmail.ru. Телефон 71 55 22 (рабочий)

Дилина Александра Михайловна – врач-психиатр консультативного отдела ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер»; соискатель кафедры психиатрии с наркологией и психиатрией ИПМО Воронежской государственной медицинской академии имени Н.Н. Бурденко; Почтовый адрес: Воронеж, 394000, ул. 20 лет Октября, 73. E-mail – alvolk7@mail.ru. Телефон: 71 59 97 (рабочий), 8 903 655 51 74(мобильный)

Е.В. Руженская
**СОСТОЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ПСИХИТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

ГУЗ Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», г. Иваново

Резюме. В статье представлены результаты исследования компонентов профессионального здоровья медицинского персонала психиатрической службы. Изучение проводилось на основе самооценки сотрудников физической и психической составляющей своего здоровья, его изменения в связи с работой в психиатрической службе, сферах нарушения здоровья (физическом, психическом неблагополучии, появлении психологических проблем). Выявлены особенности состояния профессионального здоровья сотрудников разных возрастных и стажевых групп.

Ключевые слова: профессиональное здоровье, медицинский персонал, врачи-психиатры.

Актуальность. Оптимизация управления кадровым потенциалом сотрудников медицинских учреждений применительно к современным условиям, должна включать такие составляющие как: профессиональная диагностика и отбор, профессиональный прогноз и мониторинг, профессиональная коррекция и профессиональная поддержка медицинского персонала ЛПУ. Методологической основой научно-практической реализации вышеуказанных направлений кадровой деятельности может служить комплексный подход к изучению профессиональных характеристик специалистов, который невозможен без оценки состояния профессионального здоровья

Цель работы – на основе изучения состояния профессионального здоровья медицинского персонала психиатрической службы разработать предложения по оптимизации управления его кадровым потенциалом в вопросах здоровьесбережения.

Материал и методы исследования. Одним из методов изучения профессионального здоровья сотрудников психиатрических учреждений было изучение мнения сотрудников о физической и психической составляющей своего здоровья, его изменении в связи с работой в психиатрической службе, сферах нарушения здоровья (физическом, психическом неблагополучии, появлении психологических проблем).

Представлены данные анкетирования врачебных и сестринских кадров психиатрической службы по выборке Рязанской и Владимирской областей. Общее число респондентов – 1058 человек со средним и высшим медицинским образованием, работающих во всех учреждениях психиатрического профиля. В исследование включены сотрудники областных психиатрических учреждений, районных психиатрических кабинетов, городских психотерапевтических и

консультативных психиатрических кабинетов системы здравоохранения, интернатов психоневрологического профиля системы социального обеспечения.

Полученные результаты и их обсуждение. При изучении мнения медицинского персонала о своем здоровье учитывался возраст и стаж медицинской деятельности респондентов, проводилась сравнительная оценка состояния профессионального здоровья по возрастным и стажевым группам.

Инфраструктура медицинского персонала психиатрических служб Владимирской и Рязанской областей по возрастной характеристике представлена следующим образом: в возрасте до 30 лет 10,21% сотрудников, от 30 до 39 лет – 26,37%, от 40 до 49 лет – 25,42%, от 50 до 59 лет – 22,78%, от 60 лет и старше – 15,22%.

По продолжительности работы выделены следующие группы – со стажем медицинской деятельности 1–9 лет (14,74% сотрудников), 10–19 лет (26,38%), 20–29 лет (24,38%), 30–39 лет (21,46%), 40 лет и более (13,04%).

Результаты самооценки физического здоровья сотрудников разных возрастных групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

Самооценка медицинским персоналом психиатрических учреждений физической составляющей своего профессионального здоровья в зависимости от возраста

Возраст (в годах)		отлично	хорошо	удовлетво- рительно	неудовлет- ворительно	Всего
до 30	абс	19	61	26	2	108
	%	17,59	56,49	24,07	1,85	100
30-39	абс	21	150	101	7	279
	%	7,53	53,76	36,2	2,51	100
40-49	абс	13	110	133	13	269
	%	4,83	40,89	49,45	4,83	100
50-59	абс	8	81	139	13	241
	%	3,32	33,61	57,67	5,4	100
60 и более	абс	3	60	85	13	161
	%	1,86	37,26	52,81	8,07	100
Итого	абс	64	462	484	48	1058
	%	6,04	43,67	45,75	4,54	100

Сотрудники психиатрической службы в большинстве своем положительно оценили уровень своего физического здоровья, как неудовлетворительное дали ему оценку только 48 человек (4,54%). Вместе с тем обращает на себя внимание тот факт, что на «отлично» и «хорошо» чувствуют себя менее половины

специалистов (6,04 и 43,67% соответственно), 45,75% оценили уровень своего физического здоровья как удовлетворительный.

При этом имеется прямая связь снижения удовлетворенности своим здоровьем с возрастом. При оценке молодыми специалистами (возраст от 30 до 39 лет) уровня своего физического здоровья как отличного в 17,59% ($p < 0,01$), частота таких ответов в следующих возрастных группах снижается и составляет у специалистов 30-39 лет 7,53%, 40-49 лет 4,83%, 50-59 лет 3,32%, ($p < 0,05$) у лиц 60 лет и старше – 1,86% ($p < 0,01$).

Также чаще чем другие специалисты более молодого возраста оценивают свое физическое здоровье как хорошее – в возрастной группе до 30 лет в 56,49% ($p < 0,02$), в группе медработников 30-39 лет – в 53,76% ($p < 0,01$), и реже чем в среднем по выборке как удовлетворительное - в возрасте до 30 лет в 24,07% ($p < 0,001$), в группе медработников 30-39 лет – в 53,76% ($p < 0,01$).

С возрастом акцент ответов смещается. Если в группе специалистов 40-49 лет он близок к среднему показателю, то в группе медработников 50-59 лет достоверно уменьшается процент лиц, оценивших свое физическое здоровье как хорошее (33,61%, $p < 0,01$) и возрастает до 57,67% ($p < 0,01$) число оценивших свое здоровье как удовлетворительное ($p < 0,01$) (табл. 2).

Таблица 2

Самооценка медицинским персоналом психиатрических учреждений физической составляющей профессионального здоровья в зависимости от стажа работы

Медицинский стаж (в годах)		отлично	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно	Всего
1-9	абс	21	93	40	2	156
	%	13,46	59,62	25,64	1,28	100
10-19	абс	21	147	105	6	279
	%	7,53	52,69	37,63	2,15	100
20-29	абс	11	103	135	9	258
	%	4,26	39,92	52,33	3,49	100
30-39	абс	8	71	131	17	227
	%	3,52	31,28	57,71	7,49	100
более 40	абс	3	48	73	14	138
	%	2,17	34,88	52,9	10,14	100
Итого	абс	64	462	484	48	1058
	%	6,04	43,67	45,75	4,54	100

Явной является и тенденция по росту неудовлетворительной оценки состояния своего здоровья с возрастом (1,85 – 2,51 – 4,83 – 5,50 – 8,07% в

возрастных группах соответственно). Несмотря на то, что эти показатели не имеют достоверных отличий, сама тенденция является негативной и требует внимания.

Сходную структуру имеет показатель оценки физического здоровья медицинских работников психиатрических служб и в группах, выделенных по стажу медицинской деятельности.

Специалисты со стажем до 9 лет достоверно чаще оценивают свое здоровье как «отличное» и «хорошее» ($p < 0,01$) и реже как «удовлетворительное» ($p < 0,001$). Эта тенденция сохраняется в группе со стажем от 10 до 19 лет только по оценке «хорошее» ($p < 0,01$) и «удовлетворительное» ($p < 0,02$), значимой доли оценивающих своё физическое здоровье как «отличное» при таком стаже медицинской деятельности уже не встречается.

В следующих стажевых группах количество оценок своего здоровья как удовлетворительного уже достоверно чаще, чем в среднем по выборке, причем с увеличением значения доверительного коэффициента и повышением достоверности - если в стажевой группе от 20 до 29 лет частота таких ответов составляет 52,33% ($t < 2$, $p < 0,05$), то в группе от 30 до 39 лет их уже 57,71% ($t < 3$, $p < 0,01$). Соответственно, в группе со стажем медицинской деятельности от 30 до 39 лет врачи и медсестры реже оценивали свое здоровье как хорошее.

Обращает на себя внимание тот факт, что в самой старшей стажевой группе (от 40 лет и более), специалисты реже, чем другие, оценивали свое здоровье как отличное ($p < 0,02$), и чаще чем другие как «неудовлетворительное».

Также в ходе исследования медицинскому персоналу психиатрической службы предлагалось оценить психическую составляющую своего здоровья. Результаты самооценки в разных возрастных и стажевых группах специалистов представлены в таблицах 3,4.

В целом, более половины (52,55%) специалистов, работающих в психиатрической службе оценили уровень своего психического здоровья как хорошее, каждый пятый (19,19%) – как отличное. Четвертая часть считает его удовлетворительным и только около 2% – неудовлетворительным.

Вместе с тем, по возрастным группам имеются отличия. Безусловно, наиболее оптимистично (с большей частотой ответов «хорошее» и «отличное», и меньшей «удовлетворительное» и «неудовлетворительное») оценили своё психическое здоровье специалисты более младших возрастных групп (до 30 лет и от 30 до 39 лет). В старших возрастных группах (50-59 лет и от 60 лет и старше) достоверно чаще, чем в среднем по выборке встречается удовлетворительная оценка психической составляющей своего здоровья. Наименее благоприятный спектр ответов у медицинского персонала пенсионного возраста (от 60 лет и старше).

Таблица 3

Самооценка медицинским персоналом психиатрических учреждений психической составляющей профессионального здоровья в зависимости от возраста

Возраст (в годах)		отлично	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно	Всего
до 30	абс	32	60	15	1	108
	%	29,63	55,56	13,89	0,93	100
30-39	абс	71	148	57	3	279
	%	25,45	53,05	20,43	1,07	100
40-49	абс	37	157	71	4	269
	%	13,75	58,37	26,39	1,49	100
50-59	абс	43	112	80	6	241
	%	17,84	46,47	33,2	2,49	100
60 и более	абс	20	79	55	7	161
	%	12,42	49,07	34,16	4,35	100
Итого	абс	203	556	278	21	1058
	%	19,19	52,55	26,28	1,98	100

Таблица 4

Самооценка медицинским персоналом психиатрических учреждений психической составляющей профессионального здоровья в зависимости от стажа работы

Медицинский стаж (в годах)		отлично	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно	Всего
1-9	абс	53	77	24	2	156
	%	33,98	49,36	15,38	1,28	100
10-19	абс	55	165	55	4	279
	%	19,71	59,15	19,71	1,43	100
20-29	абс	40	143	70	5	258
	%	15,5	55,43	27,13	1,94	100
30-39	абс	35	106	82	4	227
	%	15,42	46,7	36,12	1,76	100
более 40	абс	20	65	47	6	138
	%	14,49	47,1	34,06	4,35	100
Итого	абс	203	556	278	21	1058
	%	19,19	52,55	26,28	1,98	100

Достоверно реже, чем их коллеги других возрастных групп, эти специалисты оценивают свое здоровье как отличное ($p < 0,02$), и в целом количество лиц, оценивших свое психическое здоровье как «хорошее» и «отличное» меньше, чем в других группах и в среднем по выборке.

Сходные тенденции в целом просматриваются и при анализе состояния психического здоровья сотрудников психиатрической службы в зависимости от стажа медицинской деятельности. Обращает на себя внимание факт «западания» «отличной» оценки психической составляющей своего здоровья при переходе из стажевой группы до 9 лет (33,98%) в группу специалистов со стажем 10-19 лет (19,71%). Можно предположить, что такая оценка своего здоровья может быть связана с проблемами душевной усталости при выполнении профессиональных обязанностей, включения механизма психологической защиты (так называемого «эмоционального выгорания»).

В ходе исследования респондентам предлагалось ответить имеет ли место факт нарушения профессионального здоровья связи с работой в психиатрической службе. Результаты самооценки специалистами этого аспекта профессионального здоровья представлены в табл. 5,6.

Таблица 5

Самооценка медицинским персоналом психиатрических учреждений факта нарушения своего профессионального здоровья в зависимости от возраста

Возраст (в годах)		Произошли нарушения	Нет нарушений	Всего
до 30	абс	17	91	108
	%	15,74	84,26	100
30-39	абс	87	192	279
	%	31,18	68,82	100
40-49	абс	89	180	269
	%	33,09	66,91	100
50-59	абс	84	157	241
	%	34,85	65,15	100
60 и более	абс	65	96	161
	%	40,37	59,63	100
Итого	абс	342	716	1058
	%	32,33	67,67	100

Таблица 6

Самооценка медицинским персоналом психиатрических учреждений факта нарушения своего профессионального здоровья в зависимости от стажа работы

Стаж работы (в годах)		Произошли нарушения	Нет нарушений	Всего
1-9	абс	28	128	156
	%	17,95	82,05	100
10-19	абс	84	195	279
	%	30,11	69,89	100
20-29	абс	92	166	258
	%	35,66	64,34	100
30-39	абс	84	143	227
	%	37	63	100
более 40	абс	54	84	138
	%	39,13	60,87	100
Итого	абс	342	716	1058
	%	32,33	67,67	100

Каждый третий из сотрудников психиатрической службы отметил нарушение своего здоровья в связи с профессиональной деятельностью. Понятно, что этот процент наименьший (15,74%, $p < 0,001$) среди молодых сотрудников. В дальнейшем процент ответов о наличии нарушения здоровья резко двукратно (31,18%) увеличивается у специалистов в возрастной группе 30-39 лет, продолжает нарастать в следующих возрастных группах и достигает у лиц 60 лет и старше 40%.

Сходные показатели выявлены и при анализе факта нарушения профессионального здоровья у специалистов с разным стажем медицинской деятельности.

Учитывая, что у всех, кроме возрастной группы до 30 лет, показатель не имеет достоверных отличий от среднего по выборке, можно констатировать, что начиная с 30-летнего возраста и 10-летнего стажа профессиональной деятельности, специалисты отмечают факт нарушения здоровья и связывают это со своей профессиональной деятельностью и работой в психиатрии.

При оценке здоровья как измененного, респондентам предлагалось определить сферу, в которой эти нарушения произошли – физическую, психическую или психологическую. Результаты самооценки представлены в таблицах 7,8.

Таблица 7

Самооценка медицинским персоналом психиатрических учреждений сфер нарушения профессионального здоровья в зависимости от возраста

Возраст (в годах)		Нарушение профессионального здоровья проявилось			Всего
		В физическом неблагополучии	В психическом неблагополучии	В появлении психологических проблем при осуществлении проф. деятельности	
до 30	абс	20	7	3	30
	%	66,67	23,33	10	100
30-39	абс	82	18	28	128
	%	64,06	14,06	21,88	100
40-49	абс	104	19	22	145
	%	71,72	13,1	15,18	100
50-59	абс	96	14	15	125
	%	76,8	11,2	12	100
60 и более	абс	74	8	14	96
	%	77,08	8,34	14,58	100
Итого	абс	378	66	82	526
	%	71,86	12,55	15,59	100

Таблица 8

Самооценка медицинским персоналом психиатрических учреждений сфер нарушения профессионального здоровья в зависимости от стажа

Медицинский стаж (в годах)		Нарушение профессионального здоровья проявилось			Всего
		В физическом неблагополучии	В психическом неблагополучии	В появлении психологических проблем при осуществлении проф. деятельности	
1-9	абс	27	9	10	46
	%	58,7	19,57	21,74	100
10-19	абс	89	16	29	134
	%	66,42	11,94	21,64	100
20-29	абс	104	21	18	143
	%	72,73	14,69	12,58	100
30-39	абс	97	12	15	125
	%	78,86	9,76	12,2	100
более 40	абс	61	8	10	79
	%	77,21	10,13	12,66	100
Итого	абс	378	66	82	526
	%	71,86	12,55	15,59	100

Обращает на себя внимание факт несоответствия количества оценивших свое здоровье как нарушенное и количества ответов о сфере нарушения здоровья. Во-первых, часть ответивших, отметили несколько сфер, в которых они видят

изменения своего здоровья, а во-вторых, было достаточное количество респондентов, которые не считают, что их профессиональное здоровье нарушилось, но, тем не менее, отметили факты физического, психического неблагополучия, появлении психологических проблем при осуществлении профессиональной деятельности.

Если принять во внимание все ответы, основной сферой нарушения профессионального здоровья сотрудники психиатрической службы считают физическую составляющую своего здоровья и отмечают, что нарушение здоровья проявилось именно в физическом неблагополучии (71,86% респондентов, отметивших нарушения сфер профессионального здоровья). Психическое неблагополучие отметили как признак нарушения

При анализе ответов сотрудников психиатрической службы в разных возрастных и стажевых группах среди отметивших нарушение здоровья, обращают на себя внимание отличия в ответах молодых сотрудников (стаж до 9 лет, возраст до 30 лет). Во-первых, выше, чем в среднем по выборке процент ответов о признаках психического неблагополучия, связанного с профессиональной деятельностью, а во-вторых, в группе специалистов, недавно начавших медицинскую деятельность (стаж до 9 лет) каждый пятый отмечает психологические проблемы, связанные с работой.

Здесь, по всей видимости, речь идет об адаптационных проблемах начала трудовой деятельности, высокой психологической цене медицинского труда в психиатрии.

Выводы.

1. Сотрудники психиатрической службы в большинстве своем положительно оценили уровень своего физического здоровья. Вместе с тем обращает на себя внимание тот факт, что на «отлично» и «хорошо» чувствуют себя менее половины специалистов (6,04 и 43,67% соответственно), 45,75% оценили уровень своего физического здоровья как удовлетворительный.

2. Более половины (52,55%) специалистов, работающих в психиатрической службе оценили уровень своего психического здоровья как хорошее, каждый пятый (19,19%) – как отличное. Четвертая часть считает его «удовлетворительным» и только около 2% - неудовлетворительным.

3. Как при самооценке физического, так и психического здоровья имеется прямая связь снижения удовлетворенности своим здоровьем с увеличением возраста и стажа медицинской деятельности специалистов.

4. Основной сферой нарушения профессионального здоровья сотрудники психиатрической службы считают физическую составляющую и отмечают, что нарушение здоровья проявилось именно в физическом неблагополучии (71,86% респондентов, отметивших нарушения сфер профессионального здоровья). Психическое неблагополучие отметили как признак нарушения профессионального здоровья 12,55%, психологические проблемы – 15,59%.

5. У специалистов в возрасте до 30 лет чаще, чем в других возрастных группах, встречаются ответы о признаках психического неблагополучия, связанного с профессиональной деятельностью; в группе специалистов, недавно

начавших медицинскую деятельность (стаж до 9 лет) каждый пятый отмечает психологические проблемы, связанные с работой.

6. Профилактика нарушений профессионального здоровья должна быть значимым компонентом кадровой работы в психиатрии, в частности:

состояние профессиональных характеристик (в том числе и психологических) сотрудников должно регулярно отслеживаться в ходе профессиональной деятельности для выявления и предотвращения профессиональной деформации и нарушений профессионального здоровья;

анализ условий и факторов, вызывающих данные проблемы должен лежать в основе планирования мероприятий по улучшению микроклимата в коллективе, созданию условий для психологической разгрузки, использованию возможностей психотерапевтической службы ЛПУ для работы с собственными кадрами организации;

для предотвращения «кризисного» состояния молодых специалистов необходимо внимание к этапу их адаптации. Вместе с предъявлением высоких профессиональных требований к молодым специалистам, требуется адекватное отношение к отсутствию у них опыта, акцентирование внимания не только на обучении, но и на психологической поддержке коллег, возобновление наставничества и кураторства молодых специалистов. Кроме того, к мерам профилактики таких нарушений относятся рациональный режим труда и отдыха медицинских работников, создание доброжелательного психологического климата в коллективе, социальная защищенность, бытовая устроенность, стабильная ситуация в семье.

Abstract.

E.V. Ruzhenskaya

**PROFESSIONAL HEALTH STATUS
OF PSYCHIATRICAL INSTITUTIONS' MEDICAL STAFF**

«Bogorodskoye» Regional Psychiatric Hospital, Ivanovo

The article is devoted to the results of a research of the components of medical staff's professional health who works in psychiatric service. The survey was conducted on a base of employees' self-evaluation. They had to describe not only a somatic and a psychiatric status of their health but also its changes caused by work in psychiatric service and other psychiatric establishments which try to solve such man problems as physic and mental disorder. Besides one can find in the article the features of medical staff's professional health status attributable to different age and standing groups.

Key words: health status, medical staff, psychiatrics

Сведения об авторах: Руженская Елена Владимировна – кандидат медицинских наук, Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», Заместитель главного врача. Тел. раб. (4932) 35-02-69; адрес электронной почты : andre37d@yandex.ru и das@kraneks.ru

Т.П.Склярова, В.Б.Винников
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИГРАФНОГО УСТРОЙСТВА
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ПРИ ПРОФОТБОРЕ**

Центр психофизиологической диагностики МСЧ ГУВД ВО

Резюме. Рассматривается вопрос о выявлении аддиктивного поведения и изучении взаимосвязи личностных особенностей и уровня интеллектуального развития обследуемых кандидатов с особенностями выявленной негативной информации по результатам СПФИ при профотборе.

Ключевые слова: «аддиктивное поведение», профессиональный психологический отбор, специальные психофизиологические исследования, личностные особенности, уровень интеллекта.

Актуальность. Проблема активного внедрения современных технологий в профессиональный психологический отбор значительно актуализировалась в связи с происходящими в настоящее время негативными изменениями в имеющемся потенциале трудовых ресурсов для правоохранительных органов (неблагоприятная наркологическая ситуация в стране, возможность проникновения в ОВД лиц, причастных к наркокоррупции, криминальным кругам и другие). Наибольшую опасность, с точки зрения предупреждения деструктивных форм поведения, представляют лица поступающие в органы внутренних дел и кандидаты на учебу в образовательные учреждения МВД России. Последние категории, помимо деструктивных форм поведения и психических расстройств, оказывающих дискредитирующее влияние на граждан и средства массовой информации об органах внутренних дел, потенциально являются, с одной стороны, «носителями вредных привычек», вовлекающих в свой круг все новых и новых потребителей психоактивных средств, с другой стороны их зависимость от наркотических и токсических веществ может являться основой для привлечения в интересах действий криминальных группировок (передачи оперативной информации, вовлечение в незаконный оборот наркотиков).

Именно с «аддиктивным поведением» (нарушениями поведения, при которых имеет место факт злоупотребления наркотиками, психотропными средствами при отсутствии физической зависимости) приходится сталкиваться специалистам при отборе кандидатов на службу и на учебу в правоохранительные органы. Следует учитывать, что добровольное признание в чрезмерном употреблении алкоголя или употреблении наркотиков встречается в практической деятельности врачей и психологов редко. Поскольку кандидаты, имеющие мотивацию поступления на службу, осознают неблагоприятные для себя последствия в признании данного факта.

Одними из перспективных методов выявления лиц употребляющих психоактивные вещества, являются использование компьютерной электропунктурной диагностики по ВРТ (вегетативный резонансный тест) и специальных психофизиологических исследований (СПФИ), что позволяет не только диагностировать, но и определять ориентировочные сроки и кратность употребления психоактивных веществ.

СПФИ проводится с целью получения дополнительной (скрываемой) информации, имеющей значение для общей оценки обследуемого, и представляют собой проводимую по специальным методикам беседу с фиксацией психофизиологических реакций обследуемого на задаваемые вопросы.

Материал и методы исследования. В Центре психофизиологической диагностики МСЧ ГУВД по Воронежской области проводится СПФИ с применением полиграфного устройства с целью кадровой проверки для кандидатов на службу на оперативные должности и по заданию психологов ЦПД при подозрении по результатам психодиагностического обследования на наличие скрываемой информации. Именно совмещение обоих вариантов повышает эффективность обследований. По результатам СПФИ от общего числа обследованных 79% кандидатов на службу были отнесены к лицам, скрывающих негативную информацию. В структуре случаев сокрытия негативной информации среди кандидатов на службу преобладали: злоупотребление алкоголем – 15 %; неоднократный прием наркотических или психотропных средств в немедицинских целях- 34 %.

Работа полиграфолога и психолога осуществляется в тесном взаимодействии. На этапе записи на СПФИ психолог подготавливает кандидата, объясняя, что обмануть можно психолога, полиграф обмануть нельзя, создавая при этом установку о непогрешимости предстоящего обследования. На следующем этапе, полиграфолог совместно с психологом выстраивают план предтестовой беседы с кандидатом на СПФИ, учитывая результаты психодиагностического обследования, наблюдения и беседы.

Нами было проведено исследование, целью которого явилось изучение взаимосвязи личностных особенностей обследуемых с особенностями выявленной негативной информации по результатам СПФИ при профотборе. Выборку проведенного исследования составили 54 человека, прошедших комплексное психодиагностическое обследование в ЦПД с целью профотбора, у которых при СПФИ была выявлена та или иная негативная ранее скрываемая информация. Сравнительные результаты, полученные при исследованиях психологов и проверках при поступлении на оперативную должность представлены на рисунке.

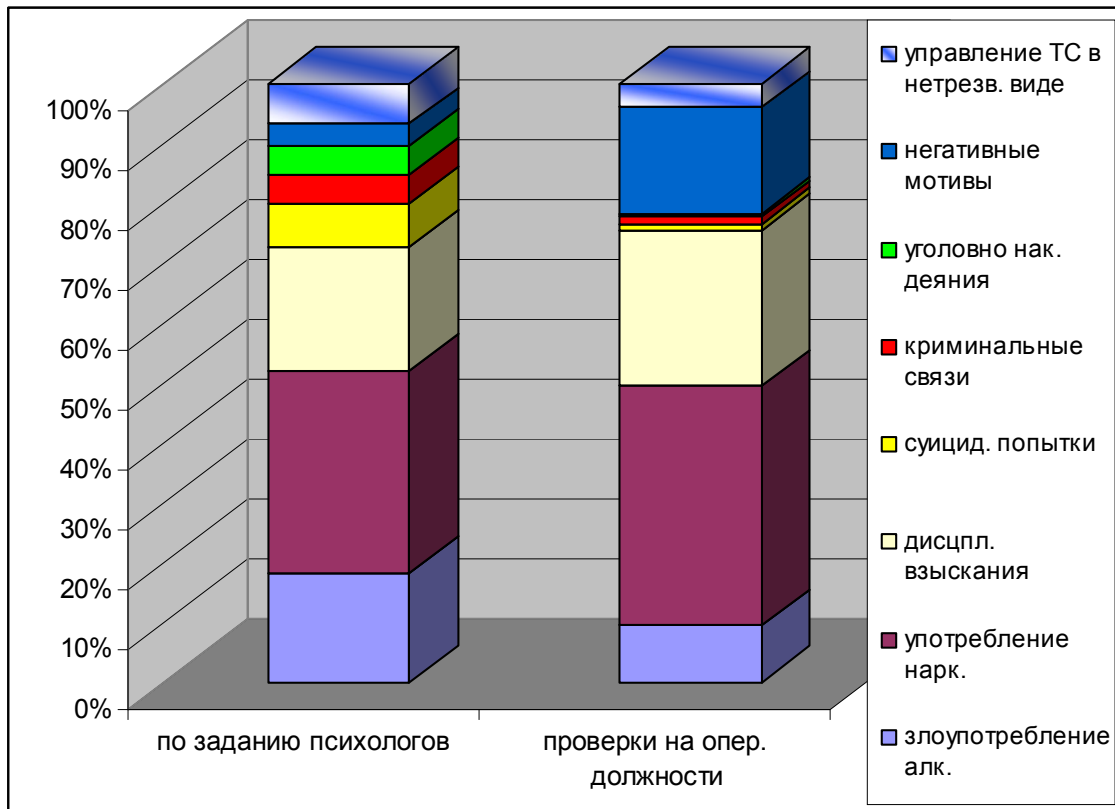


Рис. результаты, полученные при исследованиях психологов и проверках при поступлении на оперативную должность.

По результатам психодиагностического обследования (методики СМИЛ, ММИЛ, тест Люшера и дополнительные личностные методики) вся выборка была поделена, по личностным особенностям, на 3 основные группы: возбудимого, смешанного и тормозного круга. Для большей информативности эта же выборка была поделена на 3 группы по уровню интеллектуального развития (методики: КОТ, МИОМ, тест Равена): лица с высоким уровнем интеллектуального развития, средним и низким.

В ходе проведения исследования, в каждой из выделенных нами групп, подсчитывались случаи сокрытия негативной информации по следующим видам: негативные мотивы при поступлении на службу в ОВД; неоднократный прием наркотических или психотропных средств в немедицинских целях; злоупотребление алкоголем; суицидальные попытки, внеслужебные устойчивые личные или деловые связи с криминальными элементами; совершение уголовно наказуемых деяний, не повлекших наказания или оставшихся нераскрытыми; факты административных и дисциплинарных взысканий. Далее количественное выражение случаев переводилось в их процентные доли и затем по таблице критических значений полученные процентные доли переводились в соответствующие величины углов φ (в радианах).

Математические расчеты производились по ϕ^* критерию Фишера:

$$\phi^* = (\phi_1 - \phi_2) \cdot \sqrt{\frac{(n_1 \cdot n_2)}{(n_1 + n_2)}}$$

где ϕ^* - значение критерия Фишера, ϕ_1 – угол, соответствующий большей групповой доле (определяется по соответствующей таблице переводов % в угол)

ϕ_2 – угол, соответствующий меньшей групповой доле (определяется по соответствующей таблице переводов % в угол).

n_1 - количество наблюдений в первой из сравниваемых выборок (численность выборки)

n_2 - количество наблюдений во второй выборке (численность выборки).

В соответствии с уровнями статистической значимости разных значений критерия ϕ^* Фишера определялись уровни значимости различий процентных долей в сравнении между описанными группами. Нами были выделены 3 уровня статистической значимости различий: $\alpha=0,01$ (достоверность полученных результатов 99 %); $\alpha=0,05$ (достоверность полученных результатов 95 %); $\alpha=0,08$ (достоверность полученных результатов 92 %).

Результаты. В ходе исследования обнаружены значимые различия по первому уровню ($\alpha=0,01$) между группами лиц, имеющими высокие и средние интеллектуальные способности по количеству выявленных случаев неоднократного приема наркотических или психотропных средств в немедицинских целях, с преобладанием выявленных случаев в группе лиц, со средними интеллектуальными способностями.

Подобные различия были выявлены в сравнении групп лиц, имеющих высокие и низкие интеллектуальные способности, с преобладанием выявленных случаев у лиц, с низкими интеллектуальными способностями. (При этом значимых различий по одному из 3 уровней в группах лиц с низкими и средними интеллектуальными способностями по выявлению данного типа негативной информации обнаружено не было).

С достоверностью 95% ($\alpha=0,05$) внеслужебные устойчивые личные или деловые связи с криминальными элементами выявлялись чаще у группы лиц, имеющих средние интеллектуальные способности в сравнении с группой лиц с высокими интеллектуальными способностями (в парах высокие – низкие и средние – низкие интеллектуальные способности по данному типу негативной информации значимых различий не выявлено).

С достоверностью 92% ($\alpha=0,08$) чаще выявляются случаи злоупотребления алкоголем в группе лиц, имеющих низкие интеллектуальные способности в сравнении с группой, имеющих высокие (в парах высокие – средние и средние –

низкие интеллектуальные способности по указанному типу негативной информации значимых различий не выявлено).

С достоверностью 92% факты административных и дисциплинарных взысканий выявляются чаще у группы лиц, имеющих преобладание возбудимых черт характера в сравнении с группой лиц, имеющих черты характера тормозного круга.

И с той же достоверностью в группе лиц с возбудимыми чертами характера чаще выявляются случаи неоднократного приема наркотических или психотропных средств в немедицинских целях в сравнении с лицами, с преобладанием черт характера смешанного круга. (в группах лиц, с преобладанием черт характера тормозного и смешанного круга значимых различий по какому-либо типу скрываемой информации значимых различий выявлено не было).

Выводы. Таким образом, нами получены значимые различия, подтверждающие нашу гипотезу о наличии положительной взаимосвязи между выраженностью характерологических особенностей по возбудимо-неустойчивому типу с наличием выявляемой негативной информации по СПФИ.

Кроме того, некоторые виды негативной информации не встречались в некоторых выделенных группах людей. Так, например, в группе лиц, имеющих преобладание черт характера тормозного круга количество выявленных случаев совершения уголовно наказуемых деяний, не повлекших наказания – равно нулю. Подобная картина наблюдается в группе лиц, имеющих высокие интеллектуальные способности. Однако наличие в прошлом суицидальных попыток наблюдалось только в группе лиц, имеющих высокие интеллектуальные способности и группе лиц, с преобладанием возбудимых черт характера.

В связи с невысокой пропускной способностью СПФИ с применением полиграфного устройства невозможно охватить 100% лиц, проходящих профотбор для различных целей при большом объеме обследований. Полученные в нашем исследовании закономерности могут использоваться как вспомогательная информация для проведения целевого (по заданию психолога) СПФИ.

Таким образом, при выявлении у кандидата характерологических особенностей возбудимого круга и низкого и среднего уровня интеллектуального развития целесообразно проведение СПФИ, даже при прохождении профотбора не на оперативную должность.

Особой группой риска по результатам нашего исследования выступают лица, имеющие низкие интеллектуальные способности, у которых преобладают возбудимые черты характера. Данная группа лиц безоговорочно нуждается в

дополнительном СПФИ с применением полиграфных устройств при прохождении профотбора.

При проведении СПФИ полиграфологу особое внимание обращать на лиц, имеющих высокие интеллектуальные способности в сочетании с возбудимыми чертами характера на предмет выявления суицидального поведения (мыслей, намерений, попыток).

Abstract.

T.P. Sklyarova, V.B. Vinnikov

USE SPECIAL PSYCHOPHYSIOLOGICAL RESEARCH WITH PRINTING TO EXPOSE DEVIATION BEHAVIOR IN PROFESSIONAL SELECTION

Center psychophysiological diagnose, Voronezh

Abstract. Look out question to expose deviation behavior and studing interconnection individual uniqueness and level of intellectual development examination candidates with uniquenesses of reviled negative information by printing results in professional selection.

Key words: «deviation behavior», professional psychological selection, special psychophysiological research, individual uniqueness, level of intellect.

Сведения об авторах: Склярова Татьяна Петровна - начальник Центра психофизиологической диагностики МСЧ ГУВД по Воронежской области, подполковник внутренней службы, кандидат медицинских наук; г. Воронеж, ул. Хользунова 27, тел. 75-41-06.

Винников Виктор Борисович - старший психолог-эксперт Центра психофизиологической диагностики МСЧ ГУВД по Воронежской области, ст. лейтенант внутренней службы; г. Воронеж, ул. Хользунова 27, тел. 75-40-47

Г.В. Тарасова, М.В. Гиленко

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ С
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ
ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ
(ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)**

*ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В. П. Сербского» Росздрава*

Резюме. На материале судебно-психиатрической экспертизы – 121 случай – рассмотрены клинико-социальные характеристики лиц с сердечно-сосудистой патологией, страдающих органическим психическим расстройством, выделены факторы, имеющие существенное значение для судебно-психиатрической оценки.

Ключевые слова: психиатрия, органические психические расстройства, сосудистая патология.

Актуальность. В последние годы появилось много работ, посвященных изучению сосуществования психических расстройств и соматических заболеваний (Ромасенко Л.В., 2004; Смулевич А.Б., 2007; Семиглазова М.В., 2008; Джабо Х.Х., 2008; Fisher P. et al., 2006 и др.). Исследователи рассматривают клинические проявления психической патологии, вопросы лечения и реабилитации больных с соматической патологией, влияние различных факторов на возникновение психических расстройств и воздействие последних на течение соматической патологии (Веденяпина О.Ю., 2001; Костин А.К., 2007; Balon R., 2007 и др.)

Анализ судебно-психиатрической литературы (Березанцев А.Ю., 2001; Михайловская О.Г., 2005; Печерникова Т.П., Комарова Е.В., 2007) свидетельствует, что основное направление исследований проблемы шло применительно к психогенным расстройствам - реакций, психозов, затяжных и неблагоприятных форм течения реактивных состояний. При этом необходимо отметить, что особенности социального функционирования и адаптации лиц с сердечно-сосудистой патологией, страдающих органическим психическим расстройством, имеют существенное значение в системе критериев судебно-психиатрической оценки. Некоторые из них могут, характеризуя преморбид, расцениваться как предпосылки совершения ими противоправного деяния; другие - при обосновании функционального судебно-психиатрического диагноза используются как самостоятельные критерии квалификации тяжести расстройства в момент совершения правонарушения (Нью Т.Г., 2002).

Для определения актуальности изучения проблемы сосуществования хронической соматической патологии и психических расстройств в практике стационарной судебно-психиатрической экспертизы обвиняемых был проведен анализ архивных историй болезни подэкспертных, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФГУ «ГНЦССП Росздрава» за 2003г.

Выявлено, что частота встречаемости указанной патологии у обследованных наблюдается до 10%; при этом – двух соматических расстройств - в 27,1 %; трех и более – в 20,3%. Наиболее частым сочетанием является органическое психическое расстройство и сердечно-сосудистые заболевания. В данных случаях в 50 % было вынесено решение о невменяемости, в 15 % - об ограниченной вменяемости.

Целью исследования явилась разработка принципов и дифференцированных критериев судебно-психиатрической оценки органического психического расстройства у обвиняемых, имеющих хроническую сердечно-сосудистую патологию.

Задачами исследования были:

1. Определить клинико-социальные характеристики лиц с сердечно-сосудистой патологией, страдающих органическим психическим расстройством;
2. Выделить факторы, имеющие существенное значение для разработки критериев судебно-психиатрической оценки.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим, соматоневрологическим, статистическим методами были обследованы 121 обвиняемый, проходивший судебно-психиатрическую экспертизу в ФГУ ГНЦ ССП. В изученную группу вошли лица в возрасте от 20 до 84 лет. Обследованные чаще были пожилого возраста (средний возраст 55 (\pm 13,52) лет).

Полученные результаты и их обсуждение. Показательно, что половина обследованных имело среднее и средне специальное образование, причем из них количество лиц, окончивших вспомогательную школу, составило всего 2 человека (1,68%). Значительное количество лиц имело начальное и неполное среднее образование. Этот параметр важен для экспертной оценки, поскольку в соответствии с данными ВОЗ, низкий образовательный уровень предопределяет высокий удельный вес слабоумных больных (Хендерсон А.С., 1995).

Анализ семейного положения показал, что лишь 37% обследованных имели собственную семью, причем, только в половине случаев брак был зарегистрирован официально. При этом почти в 28% случаев отношения в семье были выражены конфликтными, в более чем в 20% случаев именно они определяли мотивацию совершенного правонарушения. В 63% случаев на момент правонарушения у подэкспертных не было семьи по различным причинам. Проблемы в установлении семейных отношений у обследованных осложнялись и присущей им трудовой дезадаптацией. Действительно, к моменту совершения правонарушения почти половина (47,93%) обследуемых не имела определенных занятий, 38,02% подэкспертных являлись пенсионерами по возрасту. Значительную роль в выявлении и усугублении дезадаптации играла алкоголизация.

С точки зрения криминального анамнеза группа не может быть охарактеризована как неблагополучная (68,60% обследованных впервые привлекались к уголовной ответственности), однако можно говорить о достаточно специфических характеристиках криминального поведения - совершение правонарушений преимущественно против личности (76,03%), единолично и самим (активно - 99,17%), в состоянии опьянения (47,37%), что имеет значение для оценки мотивации.

Установлено, что психические расстройства к моменту совершения правонарушения были зарегистрированы лишь в 39 % (47 набл.) несмотря на то, что на момент экспертизы у всех обследованных было установлено органическое психическое расстройство. Тем не менее, она носила преимущественно urgentный характер – госпитализации (33 набл.; в 17 случаях по поводу алкогольных психозов). Обращает на себя внимание и тот факт, что, несмотря на выраженность психических расстройств в группе обследованных, инвалидность имели только 28% из них, при этом, как правило (25%) – по соматическому заболеванию. Инвалидность по психическому заболеванию устанавливалась больным в большинстве случаев лишь после прохождения экспертизы в период пребывания на принудительном лечении.

74 обследованных (61,16%) не попадали в поле зрения психиатра, хотя по имеющимся в материалах уголовного дела показаниям свидетелей и родственников у них выявлялись психические расстройства. Одним из показателей качества жизни, как известно, является полноценность оказания медицинской помощи больному, его удовлетворенность этой помощью (Шмуклер А.Б., 1999 и др.). Известно также, что несвоевременная выявляемость психических расстройств, являющихся в значительной мере причиной дезадаптации обследованных и играющих значительную роль в совершении правонарушений, препятствует профилактике совершаемых этими лицами ООД.

Выявляемость соматической патологии была более эффективной (66 набл., 54,5%), из них: однократные обращения к терапевту, нестойкая потеря трудоспособности - у 13 человек (10,74%); многократные обращения к терапевту, стойкая потеря трудоспособности, госпитализации в терапевтический стационар наблюдались у 53 человек (43,81%). Из выявленной соматической патологии в анамнезе 14 человек (12%) перенесли инсульт, из них 12 человек (18,18%) однократно; 2 человека (3,03%) два и более. При этом у большинства обследованных (46 набл.) имело место сосуществование трех соматических диагнозов - заболевания сердца, атеросклероза, гипертонической болезни.

Недостаточная выявляемость соматопсихической патологии объясняется не только проблемами диагностики органического психического расстройства, что

отмечалось исследователями ранее (Ню Т.Г., 2002, Григоров А.А. 2007 и др.), но и спецификой контингента обследованных с типичным игнорированием, имеющихся болезненных расстройств, низким уровнем качества жизни, склонностью к злоупотреблению психоактивными веществами. Такие установки обозначаются как «саморазрушающий» стиль жизни.

Клинические характеристики обследованных определялись преобладанием органической психической патологии смешанного генеза (сосудистые, травматические, интоксикационные - 81,8%), полиморфностью клинической картины с достаточно определенным диапазоном психоорганических синдромов, коморбидных с сердечно-сосудистой патологией (когнитивные, личностные, аффективные, галлюцинаторно-бредовые и церебральные), выраженной динамичностью расстройств после совершения этими больными правонарушений.

Выводы. 1. Основными клинико-социальными характеристиками лиц с сердечно-сосудистой патологией, страдающих органическим психическим расстройством являются: преимущественно пожилой возраст, низкий образовательный уровень, нарушения семейной и трудовой адаптации; отсутствие адекватной и полноценной медицинской помощи (наблюдение только по поводу соматического заболевания при низкой выявляемости сопутствующей психической патологии), полиэтиологичностью органического психического расстройства, полиморфностью психоорганической симптоматики, выраженной динамичностью расстройств.

2. Нарушения адаптации у лиц пожилого возраста, клинико-динамические особенности сочетанной соматопсихической патологии являются одними из наиболее важных показателей тяжести патологического процесса, имеющих значение для судебно-психиатрической оценки органических психических расстройств у лиц с сердечно-сосудистой патологией.

Литература.

1. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства. Монография.-М., 2001.-191с.
2. Веденяпина О.Ю. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у больных патологией сердечно-сосудистой системы. Дисс.... канд. мед. наук. - М.,2001. -171с.
3. Григоров А.А. Судебно-психиатрическая оценка когнитивных нарушений у обвиняемых с органическим психическим расстройством. Дисс.... канд. мед. наук. - М.,2007. -160с.
4. Джабо Х.Х. Галлюцинаторно-бредовый синдром у больных с заболеванием головного мозга травматического и сосудистого генеза. Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - М.,2008.
5. Комарова Е.В. Психические расстройства при цереброваскулярной патологии и их судебно-психиатрическая оценка при посмертной экспертизе. Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - М., 2007.
6. Костин А.К. психические взаимодействия при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (коморбидность, клиническая структура, динамика, реабилитация и превенция). Дисс.... канд. мед. наук. - Томск, 2007. -204с.

7. Михайловская О.Г. Психические нарушения при сахарном диабете и их судебно-психиатрическая оценка при посмертных экспертизах в гражданском процессе. Автореф. дисс.... канд.мед.наук.- М.,2005.
8. Нью Т.Г. Органические психические расстройства в пожилом возрасте (клиника, диагностика, судебно-психиатрическая оценка). Дисс.... канд. мед. наук. - М., 2002. - 210 с.
9. Печерникова Т.П., Комарова Е.В. Психические расстройства цереброваскулярного генеза и их посмертная судебно-психиатрическая оценка в гражданском процессе//Российский психиатрический журнал под. ред. Т.Б.Дмитриевой. Издательство «ГЭОТАР Медиа» - М.,2007. №1-С.23-27
10. Ромасенко Л.В. Депрессия и заболевания сердечно-сосудистой системы: особенности психосоматических соотношений // Социальная психиатрия. Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой.-М., 2004.-№1-С.237-243
11. Семиглазова М.В. Клинические варианты и динамика расстройств депрессивного спектра у пациентов после острого инфаркта миокарда. Дисс.... канд. мед. наук. - М., 2008. - 234 с.
12. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. Под ред. проф. А.Б.Смулевича -2007. -Вып.1.-С. 4-10
13. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Дисс. ...докт. мед.наук. – М., 1999. – 334 с.
14. Хендерсон А.С. Деменция (эпидемиология психических расстройств и психосоциальных проблем). - Женева: ВОЗ, 1995. - 76с.
15. Balon R. Reflection on Relevance: The Fields of Psychosomatics and Psychotherapy in 2006. *Psychother Psychosom* 2007; 76;4; 203-212с.
16. Fischer P., Zehetmayer S., Bauer K., Huber R., Jungwirth S., Tarigl K. Relation between vascular risk factors and cognition et age 75. // *Acta Neurol Scand.* 2006Aug; 114 (2): P.84-90

Abstract.

G.V. Tarasova, M.V. Gilenko

**CLINICAL SOCIAL CHARACTERISTICS OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY,
SUFFERING ORGANIC MENTAL DISORDERS (DATA FORENSIC PSYCHIATRIC
ASSESSMENT)**

The Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Department of exogenous mental disorders, Moscow, Russia

On the forensic psychiatric examination - 121 cases - dealt with clinical and social characteristics of persons with cardiovascular diseases with an organic mental disorder, are factors that are essential to the forensic psychiatric evaluation.

Key words: psychiatry, organic mental disorder, vascular pathology.

References.

1. Berezantsev A.Y. Psychosomatics and somatoformnye disorder. Monograph.-М., 2001.-191p.
2. Vedenyapin O.U. Some aspects of psychosomatic relations in patients with pathology of the cardiovascular system. PhD. Science. - М., 2001. -171p.
3. Grigorov A.A. Forensic psychiatric evaluation of cognitive disorders among defendants with organic mental disorder. PhD. Science. - М., 2007. -160p.
4. Jaba H.H. Gallyutsinatorno-delusional syndrome in patients with brain diseases, and traumatic vascular genesis. PhD. Science. - М., 2008.
5. Komarova E.V. Mental disorders in the cerebrovascular pathology and forensic psychiatric assessment in the posthumous examination. PhD. Science. - М., 2007.
6. Kostin A.K. Mental interaction with gastrointestinal diseases (komorbidnost, clinical structure, dynamics, rehabilitation and prevention). PhD. Science. - Tomsk, 2007. -204p.
7. Mikhailovskaya O.G. Mental disturbances, with diabetes and their forensic psychiatric assessment in the post-mortem examinations in the civil process. PhD.- М., 2005.
8. Nude T.G. Organic mental disorders in old opportunities to grow (clinic, diagnostics, forensic psychiatric evaluation). PhD. Science. - М., 2002. - 210p.

9. Pechernikova T.P., Komarova E.V. Mental disorders tserebravaskulyarnogo genesis and their posthumous forensic psychiatric assessment of a civil process // Russian Journal of Psychiatry. Ed. T.B. Dmitrieva. Publisher «GEOTAR Media» - M., 2007. Number 1, 23-27p.
10. Romasenko L.V. Depression and cardiovascular disease: features of psychosomatic relations // Social Psychiatry. Ed. Acad. RAMS TB Dmitrievoy.-M., 2004 .- № 1, 237-243p.
11. Semiglazova M.V. Clinical varikanty and dynamics of the spectrum of depressive disorders in patients after acute myocardial infarction. PhD. Science. - M., 2008. - 234 p.
12. Smulevich A.B. Psychosomatic medicine // Mental disorders in general medicine. Ed. prof. Smulevicha A.B. -2007. – Issue 1– С. 4-10p.
13. Shmukler A.B. Social functioning and quality of life for psychiatry patients. PhD. - M., 1999. - 334 p.
14. Henderson A.S. Dementia (epidemiology of mental disorders and psychosocial problems). - Geneva: WHO, 1995. – 76p.
15. Balon R. Reflection on Relevance: The Fields of Psychosomatics and Psychotherapy in 2006. Psychother Psychosom 2007; 76;4; 203-212c.
16. Fischer P., Zehetmayer S., Bauer K., Huber R., Jungwirth S., Tarigl K. Relation between vascular risk factors and cognition et age 75. // Acta Neurol Scand. 2006Aug; 114 (2): P.84-90.

Сведения об авторах: Тарасова Галина Вячеславовна – врач судебно-психиатрический эксперт 2 клинического отделения ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава». Адрес: 119992, г. Москва, Кропоткинский пер., д.23. Телефон: 8(495)637-16-13. gale4eka@yandex.ru

Гиленко Мария Владимировна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава». Адрес: 119992, г. Москва, Кропоткинский пер., д.23. Телефон: 8(495)637-16-13. mgilenko@yandex.ru

*И.В. Теслинов, А.В. Будневский,
Л.Н. Мазурина, Р.Н. Романенко, А.А. Яркина*
**АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
И КОМОРБИДНЫХ СОМАТОГЕННЫХ ТРЕВОЖНО-
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ
ФЛУВОКСАМИНОМ**

*Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко.
Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер*

Резюме. В статье рассматривается динамика выраженности симптоматики коморбидных соматогенных тревожно- депрессивных расстройств и показателей функции внешнего дыхания у больных с выраженными проявлениями ХОБЛ на фоне терапии флувоксамином. Установлено, что терапия флувоксамином снижает выраженность как симптоматики коморбидных соматогенных тревожно- депрессивных расстройств, так и симптоматики основного заболевания.

Ключевые слова: ХОБЛ, флувоксамин, тревога, депрессия.

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (далее- ХОБЛ) – одна из наиболее распространенных «болезней цивилизации», ведущих к инвалидизации и смертности трудоспособного населения. Патогенез ХОБЛ на современном уровне знаний рассматривается в рамках мультифакториальной модели, учитывающей генетические (недостаточность альфа- один-антитрипсина), экологические (загрязнение атмосферного воздуха), поведенческие (курение), иммунопатологические (аутоиммунная агрессия к антигенам легочной ткани) факторы. В рамках этой модели могут рассматриваться и психосоматические факторы патогенеза ХОБЛ, поскольку известно, что длительно протекающие тревожно- депрессивные состояния непсихотического уровня сопровождаются закономерными сдвигами иммунологического гомеостаза в направлении снижения иммунологической реактивности на гетероантигены и повышения активности аутоиммунных процессов.

Как и другие хронические соматические заболевания, ХОБЛ нередко оказывается коморбидной с тревожно- депрессивными состояниями. Одним из возможных вариантов данных коморбидных взаимоотношений является развитие соматогенных психических расстройств у больных манифестными стадиями ХОБЛ с выраженными признаками дыхательной недостаточности, гипоксемией и гиперкапнией. Данные расстройства, в зависимости от длительности и выраженности гипоксии головного мозга, могут как протекать на недементном уровне (и в этом случае нередко сопровождаются более или менее выраженной тревожно- депрессивной симптоматикой, квалифицируясь в рубрике МКБ- 10 «Непсихотическое смешанное тревожное и депрессивное расстройство органической этиологии»), так и характеризоваться, прежде всего, грубым когнитивным дефицитом.

Синдромальное оформление коморбидных тревожно-депрессивных расстройств в некоторой мере зависит от особенностей клинических проявлений ХОБЛ. В частности, в рассматриваемой когорте пациентов имеют место стойкие нарушения функции внешнего дыхания преимущественно по рестриктивному типу, что способствует оформлению тревожной симптоматики преимущественно в виде генерализованной тревоги.

Адекватная психофармакотерапия коморбидных тревоги и депрессии способна значительно улучшить результаты реабилитации и повысить качество жизни больных с ХОБЛ. Однако, подбор психофармакотерапии в данной когорте пациентов может быть затруднительным. Используемый препарат не должен угнетать функции внешнего дыхания, а также вступать в реакции лекарственного взаимодействия с препаратами, наиболее часто используемыми для лечения ХОБЛ. Кроме того, в связи с ролью аутоиммунных процессов в патогенезе ХОБЛ желательно, чтобы препарат обладал иммунорегулирующим действием. Данным требованиям в наибольшей мере отвечают антидепрессанты группы СИОЗС, одним из наиболее изученных представителей которых является флувоксамин. Исследований, посвященных анализу динамики клинических проявлений ХОБЛ и коморбидных соматогенных тревожно-депрессивных расстройств на фоне терапии данным препаратом в доступной литературе мы не обнаружили.

В связи с вышеизложенным, целью исследования была оценка эффективности и безопасности флувоксамина в терапии соматогенных тревожно-депрессивных расстройств у больных с манифестными проявлениями ХОБЛ.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовало 25 пациентов с манифестными проявлениями ХОБЛ и коморбидными соматогенными тревожно-депрессивными расстройствами, наблюдавшихся в общетерапевтическом и пульмонологическом отделениях МУЗ ГО г. Воронеж «ГКБСМП» и удовлетворявших следующим критериям: 1) наличие диагноза ХОБЛ, подтвержденного заключением консультанта-пульмонолога и результатами дополнительных методов исследования (спирография, пикфлоуметрия) с выраженными проявлениями дыхательной недостаточности (ДН II- III); 2) наличие диагноза «Непсихотическое смешанное тревожное и депрессивное расстройство органической этиологии», установленного независимым от исследовательской группы врачом-психиатром; 3) наличие информированного согласия на участие в исследовании с достаточной способностью понимать и самостоятельно выполнять требования протокола; 4) возраст 18–65 лет. Исключались пациенты с симптоматикой шизофрении и расстройств шизофренического спектра, судорожными припадками, грубыми когнитивными расстройствами, начальными проявлениями дыхательной недостаточности (ДН0, ДН1), индивидуальной непереносимостью флувоксамина либо других селективных ингибиторов обратного захвата серотонина по анамнезу, предшествующим опытом безуспешной терапии флувоксамином. На момент

включения в исследование все пациенты получали базисную терапию ХОБЛ, включавшую муколитики, бронхолитики, антибактериальные средства. Флувоксамин назначался в режиме монотерапии в начальной дозе 50 мг/сут с возможностью последующего повышения до 100 мг/сут на протяжении 2 месяцев.

Больные обследовались с использованием следующих методов: 1) клинико-психопатологическое исследование; 2) стандартизированные оценочные шкалы тревоги (HARS) и депрессии (HDRS- 21) Гамильтона; 3) пикфлоуметрия. Обследование проводилось на момент включения в исследование (Д0), в начале 2 месяца терапии (Д30) и по завершению исследования (Д60). Результаты обрабатывались с использованием общепринятых методов описательной статистики, достоверность различий оценивали по критерию Вилкоксона.

Полученные результаты и их обсуждение. Участники исследования в клиническом плане были достаточно однородной группой. Ведущими жалобами были повышенная тревожность в связи с ухудшением физического самочувствия (обострение ХОБЛ, приведшее к госпитализации в профильный стационар), беспредметное беспокойство, усиливающееся вечером и ночью, снижение памяти на текущие события, затрудненное засыпание, поверхностный сон с частыми пробуждениями. Статус больных определялся прежде всего астенической симптоматикой- утомляемостью, истощаемостью внимания, эмоциональной лабильностью. Достаточно выраженной была и ипохондрическая фиксация с концентрацией всех интересов на заботе о собственном психическом и физическом благополучии, недоверием к назначенной фармакотерапии, настороженным ожиданием ее побочных эффектов, повышенным интересом к нетрадиционным медицинским вмешательствам. Собственно депрессивные расстройства были представлены ангедонией, пессимистической оценкой своего состояния и перспектив его улучшения, ощущениями усталости, слабости и неспособности к деятельности, возникавшими при минимальных умственных и физических нагрузках (см. табл.).

Таблица.

Динамика показателей выраженности тревоги, депрессии и нарушений функции внешнего дыхания на фоне терапии флувоксамином

Показатель	Д0	Д30	Д60
Общий балл HARS	15,7±2,2	11,4±2,1*	11,2±2,3*
Общий балл HDRS- 21	13,2±1,6	10,1±1,0*	8,3±1,2*#
GBRAKJEVTNHBZ00000			

Примечание: отличия достоверны *- p<0,05 (с Д0); #- p<0,05 (с Д30)

Как видно из представленных данных, на фоне терапии флувоксамином в рассматриваемой выборке наиболее быстро происходила редукция симптомов тревоги- уже к Д30 общий балл HARS был достоверно снижен; достигнутое улучшение сохранялось и на Д60. Редукция симптомов депрессии происходила

более постепенно, и достоверное снижение общего балла HDRS- 21 отмечалось как в интервале Д0- Д30, так и в интервале Д30- Д60. Динамика показателя выраженности нарушений функции внешнего дыхания повторяла динамику выраженности симптомов депрессии, что свидетельствует о снижении тяжести объективно выявляемых клинических проявлений ХОБЛ на фоне адекватной психофармакотерапии коморбидного тревожно- депрессивного состояния.

В клиническом плане динамика состояния пациентов была следующей. В течение первых двух недель терапии каких- либо существенных изменений в сравнении с исходным состоянием не отмечалось. Начиная с третьей недели терапии у пациентов появлялись первые признаки антидепрессивного эффекта флувоксамина, что выражалось в повышении активности и работоспособности, восстановлении прежнего круга интересов, появлении реальных планов на будущее. Анксиолитический эффект несколько запаздывал по времени и отмечался только с четвертой недели терапии, что выражалось в нормализации ночного сна, более спокойном отношении к жизненным неурядицам и имеющимся проблемам со здоровьем.

Наиболее распространенные побочные эффекты флувоксамина были представлены сухостью во рту и (у мужчин) нарушением эякуляции. Ухудшения показателей функции внешнего дыхания на фоне терапии флувоксатином не отмечалось ни в одном случае, что говорит о безопасности препарата в рассматриваемой выборке пациентов.

Выводы.

1. Флувоксамин является эффективным средством терапии коморбидных соматогенных тревожно- депрессивных расстройств у больных с выраженными проявлениями ХОБЛ, оказывая при этом благоприятное действие и на симптомы основного заболевания.
2. Улучшение показателей функции внешнего дыхания у больных с выраженными проявлениями ХОБЛ на фоне терапии флувоксатином позволяет предполагать, что адекватная фармакотерапия коморбидных психических расстройств способна в какой- то мере замедлить прогрессирование ХОБЛ.

Abstract.

I.V. Teslinov, A.V. Budnevskiy, L.N. Mazurina, R.N. Romanenko, A.A. Yarkina

DYNAMICS OF CODL AND CO- MORBID SOMATOGENIC DEPRESSIVE DISORDERS UNDER FLUVOXAMINE TREATMENT

Chair of psychiatry N.N.Burdenko Voronezh State Medical Academy; Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary

In this study, dynamics of CODL and co- morbid somatogenic depressive disorders under fluvoxamine treatment was analyzed. It was established that symptoms of CODL, as well as symptoms of co- morbid somatogenic depressive disorders greatly reduced under the fluvoxamine treatment.

Keywords: CODL, somatogenic depressive disorders, fluvoxamine

*И.В. Теслинов, О.Ю. Ширяев, Д.Л. Шаповалов,
Л.Н. Мазурина, А.О. Никитин*

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И КОМОРБИДНЫХ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ФЛУВОКСАМИНОМ

*Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко.
Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер*

Резюме. В статье рассматривается динамика выраженности симптоматики коморбидных соматоформных расстройств и показателей функции внешнего дыхания у больных с начальными проявлениями ХОБЛ на фоне терапии флувоксамином. Установлено, что терапия флувоксамином снижает выраженность как симптоматики коморбидных соматоформных расстройств, так и симптоматики основного заболевания.

Ключевые слова: ХОБЛ, флувоксамин, соматоформные расстройства.

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (далее- ХОБЛ)- одно из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний, являющееся важной причиной инвалидизации и смертности в общей популяции. Взаимосвязи ХОБЛ с коморбидными тревожно- депрессивными расстройствами сложны и нелинейны,

Один из вариантов подобных коморбидных взаимосвязей состоит в том, что начальные стадии ХОБЛ, протекающие бессимптомно либо же с отдельными симптомами дыхательной недостаточности, могут сосуществовать с возникшими независимо от них соматоформными расстройствами («органными неврозами») с преимущественным вовлечением системы органов дыхания, которые квалифицируются в рубриках МКБ- 10 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы органов дыхания», «Паническое расстройство», «Агорафобия». В свою очередь, длительно протекающие обусловленные стрессом тревожно- депрессивные состояния непсихотического уровня сопровождаются закономерными сдвигами иммунологического гомеостаза в направлении снижения иммунологической реактивности на гетероантигены и повышения активности аутоиммунных процессов. Данные сдвиги, наряду с другими факторами, могут вовлекаться в процесс патогенеза ХОБЛ.

Синдромальное оформление коморбидных тревожно- депрессивных расстройств в некоторой мере зависит от особенностей клинических проявлений ХОБЛ. В частности, у пациентов с бронхиальной астмой, преимущественными расстройствами функции внешнего дыхания по обструктивному типу тревожная симптоматика оформляется преимущественно в виде пароксизмальной тревоги (фобии, панические атаки).

Независимо от конкретного варианта коморбидности тревожно- депрессивных расстройств и ХОБЛ, представляется очевидным, что наличие подобной ассоциации ведет к утяжелению клинических проявлений ХОБЛ и снижению качества жизни пациентов. Соответственно, адекватная

психофармакотерапия коморбидных тревоги и депрессии способна значительно улучшить результаты реабилитации и повысить качество жизни больных с ХОБЛ. Однако, подбор психофармакотерапии в данной когорте пациентов может быть затруднительным. Используемый препарат не должен угнетать функции внешнего дыхания, а также вступать в реакции лекарственного взаимодействия с препаратами, наиболее часто используемыми для лечения ХОБЛ. Кроме того, в связи с ролью аутоиммунных процессов в патогенезе ХОБЛ желательно, чтобы препарат обладал иммунорегулирующим действием. Данным требованиям в наибольшей мере отвечают антидепрессанты группы СИОЗС, одним из наиболее изученных представителей которых является флувоксамин. Исследований, посвященных анализу динамики клинических проявлений ХОБЛ и коморбидных соматоформных расстройств на фоне терапии данным препаратом, в доступной литературе мы не обнаружили.

Цель работы – оценка эффективности и безопасности флувоксамина в терапии коморбидных соматоформных расстройств у больных с начальными проявлениями ХОБЛ.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовало 22 пациента с начальными проявлениями ХОБЛ и коморбидными соматоформными расстройствами, наблюдавшихся в амбулаторной психиатрической службе ГУЗ «ВОКПНД» и удовлетворявших следующим критериям: 1) наличие диагноза ХОБЛ, подтвержденного заключением консультанта-пульмонолога и результатами дополнительных методов исследования (спирография, пикфлоуметрия) с начальными проявлениями дыхательной недостаточности (ДН 0–I); 2) наличие диагнозов «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы органов дыхания», «Паническое расстройство», «Агорафобия», подтвержденных осмотром комиссии врачей-психиатров и необходимым объемом обследования (патопсихологическое исследование, ЭЭГ, динамическое наблюдение в условиях дневного стационара либо отделения неврозов); 3) наличие информированного согласия на участие в исследовании с достаточной способностью понимать и самостоятельно выполнять требования протокола; 4) возраст 18- 65 лет. Исключались пациенты с симптоматикой шизофрении и расстройств шизофренического спектра, судорожными припадками, грубыми когнитивными расстройствами, выраженной дыхательной недостаточностью (ДН II, ДН III), индивидуальной непереносимостью флувоксамина либо других селективных ингибиторов обратного захвата серотонина по анамнезу, предшествующим опытом безуспешной терапии флувоксамином. На момент включения в исследование пациенты не получали базисную терапию ХОБЛ, что связано с небольшой тяжестью симптоматики. Флувоксамин назначался в режиме монотерапии в начальной дозе 50 мг\сут с возможностью последующего повышения до 100 мг\сут на протяжении 2 месяцев.

Больные обследовались с использованием следующих методов: 1) клинико-психопатологическое исследование; 2) стандартизированные оценочные шкалы тревоги (HARS) и депрессии (HDRS- 21) Гамильтона; 3) пикфлоуметрия. Обследование проводилось на момент включения в исследование (Д0), в начале 2 месяца терапии (Д30) и по завершению исследования (Д60). Результаты обрабатывались с использованием общепринятых методов описательной статистики, достоверность различий оценивали по критерию Вилкоксона.

Полученные результаты и их обсуждение. Несмотря на различные диагностические квалификации, участники исследования в клиническом плане были достаточно однородной группой. Ведущей жалобой была пароксизмальная тревога с ощущением нехватки воздуха, сжатия в грудной клетке либо в области горла. У 9 пациентов данное состояние возникало вне какой-либо специфической ситуации избегания, у остальных 13- в ситуации нахождения вне доступа к медицинской помощи (самостоятельное посещение различных учреждений, езда в транспорте). При активном расспросе оказалось, что и вне пароксизмов тревоги для пациентов было характерно ипохондрическое «самонаблюдение» за функцией внешнего дыхания с возникновением тревоги при малейшем дискомфорте в данной сфере (тахипноэ при физической нагрузке, першение в горле при воздействии неприятного запаха). Статус больных определялся ипохондрической фиксацией с концентрацией всех интересов на заботе о собственном психическом и физическом благополучии, подробном обсуждении малейших нюансов самочувствия. Собственно депрессивные расстройства были представлены ангедонией, пессимистической оценкой своего состояния и перспектив его улучшения, ощущениями усталости, слабости и неспособности к деятельности, возникавшими при минимальных умственных и физических нагрузках (см. табл).

Таблица.

Динамика показателей выраженности тревоги, депрессии и нарушений функции внешнего дыхания на фоне терапии флувоксамином

Показатель	Д0	Д30	Д60
Общий балл HARS	18,7±2,2	15,4±2,1*	11,2±2,3*#
Общий балл HDRS- 21	11,2±1,8	8,1±1,1*	8,3±1,3*
GBRAKJEVTNHBZ00000			

Примечание: отличия достоверны *- $p < 0,05$ (с Д0); #- $p < 0,05$ (с Д30)

Как видно из представленных данных, на фоне терапии флувоксамином наиболее быстро происходила редукция симптомов депрессии- уже к Д30 общий балл HDRS- 21 достоверно не отличался от нормы (на Д0 он соответствовал легкой выраженности симптомов депрессии). Редукция симптомов тревоги происходила более постепенно, и достоверное снижение общего балла HARS отмечалось как в интервале Д0- Д30, так и в интервале Д30- Д60. Динамика показателя выраженности нарушений функции внешнего дыхания повторяла

динамику выраженности симптомов тревоги, что свидетельствует о снижении тяжести объективно выявляемых клинических проявлений ХОБЛ на фоне адекватной психофармакотерапии коморбидного тревожно- депрессивного состояния.

В клиническом плане динамика состояния пациентов была следующей. В течение первых двух недель терапии каких-либо существенных изменений в сравнении с исходным состоянием не отмечалось. Начиная с третьей недели терапии у пациентов появлялись первые признаки как антидепрессивного эффекта флувоксамина, что выражалось в повышении активности и работоспособности, восстановлении прежнего круга интересов, появлении реальных планов на будущее, так и анксиолитического эффекта, что выражалось в снижении интенсивности ипохондрического «самонаблюдения» за функцией внешнего дыхания. Частота пароксизмов тревоги в это время еще оставалась прежней, но они становились менее аффективно насыщенными и продолжительными. Наконец, приблизительно с пятой недели лечения отмечалось отчетливое снижение частоты пароксизмов тревоги, чем и объясняется редукция общего балла HARS в интервале Д30- Д60.

Наиболее распространенные побочные эффекты флувоксамина были представлены сухостью во рту и (у мужчин) нарушением эякуляции. Ухудшения показателей функции внешнего дыхания на фоне терапии флувоксамином не отмечалось ни в одном случае, что говорит о безопасности препарата в рассматриваемой выборке пациентов.

Выводы.

1. Флувоксамин является эффективным средством терапии коморбидных соматоформных расстройств у больных ХОБЛ, проявляя при этом благоприятное действие и на симптомы основного заболевания.
2. Улучшение показателей функции внешнего дыхания у больных с начальными проявлениями ХОБЛ на фоне терапии флувоксамином позволяет предполагать, что адекватная фармакотерапия коморбидных психических расстройств способна улучшить исходы ХОБЛ.

Abstract.

I.V. Teslinov, O.Yu. Shiryaev, D.L. Shapovalov, L.N. Mazurina, A.O. Nikitin

DYNAMICS OF CODL AND CO- MORBID SOMATOFORM DISORDERS UNDER
FLUVOXAMINE TREATMENT

Chair of psychiatry N.N.Burdenko Voronezh State Medical Academy; Voronezh Regional
Clinical Psychoneurological Dispensary

In this study, dynamics of CODL and co- morbid somatoform disorders under fluvoxamine treatment was analyzed. It was established that symptoms of CODL, as well as symptoms of co- morbid somatoform disorder greatly reduced under the fluvoxamine treatment.

Keywords: CODL, somatoform disorders, co- morbidity, fluvoxamine

М.В. Усюкина, А.С. Шаманаев

ДИСФОРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

*ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В. П. Сербского» Росздрава*

Резюме: В статье рассмотрены клинические варианты дисфорических расстройств при эпилепсии с учетом их синдромальной структуры, патогенетических и динамических характеристик.

Ключевые слова: эпилепсия, дисфория, аффективные расстройства.

Актуальность. Дисфорические состояния являются наиболее распространенным и значимым психопатологическим проявлением при эпилепсии (Наджаров Р.А., Шумский Н.Г., 1960; Болдырев А.И., 1984; МаксUTOва А.Л., Фрешер В., 1998; Scharfetter, 2002; Blumer, 2002; Калинин В.В., 2006). В то же время, в литературе феноменологическое содержание терминов «дисфория» (от греч. *dysphoréo* - тяжело переношу, раздражён), «дисфорическое состояние» представлено весьма разнородно. Анализируя работы, посвященные этой тематике, можно отметить их сходство в целом, но также и существенные расхождения в описаниях «знака» переживаний, их вектора направленности, форм поведения больных с дисфорическими расстройствами, интервала аффективной насыщенности дисфорий (по определениям различных авторов, от «легкой» мрачной раздражительности, сварливого брюзжания до состояния ярости, «буйства», острой ненависти).

А.И. Плотицер (1938), выделяя основные формы дисфорий, наряду с классической эксплозивной дисфорией, главенствующим проявлением которой является злобная раздражительность, описывал формы, характеризующиеся доминированием аффекта страха (фобические дисфории); депрессивно-ипохондрические разновидности с занимающими центральное место в клинической картине психосоматическими жалобами; аффективные расстройства, где на общем дисфорическом фоне обнаруживалась склонность к бредообразованию, а также эйфорические формы, протекающие в картине гипоманиакального возбуждения с мориоподобными чертами. Э. Блейлер (1920), В.П. Осипов (1926), Г.Е. Сухарева (1955) и др. разделяли дисфорические состояния на проявления с отрицательным эмоциональным знаком в виде злобно-тоскливого настроения с напряженностью, агрессивными тенденциями и с положительным - в виде экстатических или эйфорических состояний. Н.М. Жариков с соавт. (2000), В.А. Жмуров (2002), М.В. Коркина с соавт. (2002), перечисляя основные феноменологические составляющие дисфорий, указывали на обращенность переживаний больных как на самих себя, когда у них возникали внезапные приступы недовольства собой, сопровождающиеся самоосуждением, самоиронией, саркастическим отношением к себе, а также выраженными

аффективными реакциями отчаяния с суицидальными тенденциями и аутоагрессией. В тоже время В.М. Блейхер и И.В. Крук (1995), определяя понятие «дисфория», обращали внимание на часто встречающуюся предметную неопределенность эмоционального состояния при дисфории. В.В. Калинин и соавт. (2006) среди характерных черт эпилептических дисфорий отмечают быстрое начало и исчезновение, отчетливую тенденцию к повторяемости и однотипность психопатологической картины. Дисфории при эпилепсии, по мнению авторов, включают собственно депрессивный аффект, раздражительность, тревогу, головную боль, инсомнию, реже временами эпизоды эйфории. Scharfetter (2002) считает, что для дисфорий характерна именно экстрапунитивная направленность переживаний больного. Н.Г. Незнанов, М.Я. Киссин (2009) относят дисфории к эпилептическим расстройствам настроения и выделяют в зависимости от преобладания того или иного вида аффекта меланхолический, эксплозивный, анксиозный варианты дисфорических состояний.

В отношении значения и места дисфорий в круге психопатологических проявлений при эпилепсии у большинства исследователей также не существует единого мнения.

В.М. Блейхер и И.В. Крук (1995) указывали на то, что дисфорические состояния могут, как предшествовать судорожному припадку, так и завершать его, а также выступать в роли его эквивалента. А.Л. Максимова и В. Фрешер (1998) считают, что дисфории предшествуют эпилептическому приступу или серии приступов. Е.В. Железнова (1997) описывает дисфории, протекающие в форме коротких эпизодов, которые нередко имели место в структуре ауры, предшествуя эпилептическому приступу или серии припадков, однако наиболее широко они были представлены в интериктальном периоде.

И.Н. Введенский (1941) отмечал, что дисфорические состояния имеют наибольшую практическую важность из всех расстройств настроения у больных эпилепсией. Согласно данным Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича (2002) характер дисфорического аффекта предполагает склонность к жестоким действиям. Представляя собой концентрацию оппозиционно-негативных и злобных чувств, дисфорический аффект вызывает прямую физическую агрессию разрушительного характера.

Таким образом, высокая распространенность дисфорических состояний при эпилепсии, их неблагоприятное прогностическое значение в сочетании с достаточной разнородностью этой группы аффективных нарушений, обуславливают актуальность исследования данного феномена, а также необходимость четкого подхода к определению структуры и динамики данных расстройств.

Цель работы – разработка типологии дисфорических расстройств при эпилепсии.

Материал и методы исследования. В исследовании были использованы методы: клинико-психопатологический, статистический.

Было обследовано 82 лица мужского пола в возрасте от 18 до 57 лет, при этом средний возраст обследованных составил - 36,7 года.

Основными критериями включения в исследование являлись:

1) верифицированный диагноз органического психического расстройства в связи с эпилепсией;

2) наличие аффективных дисфорических расстройств в клинической картине болезни;

Более чем у трети обследованных (32,93%) дебют эпилепсии пришелся на возраст 13-20 лет. В половине случаев (51,22%) отчетливая связь дебюта с экзогенными вредностями отсутствовала, а в 38 наблюдениях (46,34%) эпилепсия дебютировала после перенесенной ЧМТ.

Отмечался преимущественно судорожный характер дебюта заболевания (84,15%). Из 13 наблюдений с бессудорожным дебютом эпилепсии в 4 случаях (4,88%) заболевание дебютировало дисфорическими расстройствами.

В клинической картине эпилепсии преобладали полиморфные пароксизмальные состояния (80,49%). Более чем у половины обследованных (54,88%) в анамнезе отмечались генерализованные судорожные тонико-клонические припадки, в 6 наблюдениях (7,32%) – абсансы. Парциальные судорожные припадки наблюдались у 22 обследуемых (26,83%). Пароксизмальные состояния отмечались до нескольких раз в месяц (46,34%) до нескольких раз в год.

Непароксизмальные психические расстройства были представлены эпилептическими психозами (острые психотические расстройства (7,3%), хронические (2,44%)); непсихотическими расстройствами (церебрастенические (79,27%), расстройства влечений (28,05%), среди которых преобладали дромомания (7,32%) и агрессивно-садистические формы поведения (6,1%).

Среди личностных расстройств у обследованных преобладали изменения по возбудимому типу: вспыльчивость, несдержанность, конфликтность (89,02%), которая в 37 случаях (45,12%) сочеталась с обидчивостью, злопамятностью, мстительностью.

Полученные результаты и их обсуждение. При изучении дисфорических расстройств в клинике эпилепсии в основу их разделения был положен патогенетический принцип, предусматривающий существование пароксизмальных

и непароксизмальных дисфорических расстройств. Согласно ему, все дисфорические расстройства были разделены на 3 патогенетические группы.

Анализ представленного материала позволяет выделить пароксизмальные дисфории (дисфорические пароксизмы), психогенные дисфории (дисфорические реакции) и аутохтонные (дисфорические состояния).

Каждая группа была разделена на несколько подгрупп с учетом выраженности основного (тоскливо-злобного аффекта) и дополнительных аффективных симптомов. Были выделены эксплозивные, фобические, депрессивно-ипохондрические дисфории, а также тогос-дисфории по А.В. Снежневскому (1983).

По уровню нарушений дисфорические расстройства подразделялись на простые (аффективные) и сложные, содержащие в своей структуре помимо тоскливо-злобного аффекта другие психопатологические компоненты (расстройства восприятия, мышления, нарушения сознания).

К пароксизмальным были отнесены аффективные расстройства, отвечающие характерным для всех эпилептических припадков общим признакам: 1) внезапное начало; 2) кратковременность (от долей секунды до 5–10 мин); 3) самопроизвольное прекращение; 4) стереотипность, фотографическое тождество на данном отрезке заболевания.

Наиболее часто (94,29% от всех пароксизмальных дисфорий) наблюдалась эксплозивная разновидность дисфорических пароксизмов. Из них в 15 (45,45%) наблюдениях отмечались простые пароксизмы, а в 18 (54,55%) – сложные, структура которых, помимо отмеченных аффективных переживаний, включала: церебрастенические расстройства (12,12%); вегетативные нарушения (6,06%); нарушения мышления (18,18%); расстройства восприятия (18,18%). В 5 (15,15%) наблюдениях в период эксплозивного дисфорического пароксизма выявлялись расстройства влечений в виде непреодолимой тяги к поджогам, уходу из дома, агрессивнo-садистические тенденции, в 9 (27,27%) случаях - помрачение сознания с последующей тотальной амнезией дисфорического пароксизма, в 6 (18,18%) наблюдениях - сужение сознания на высоте пароксизма, в 2-х - явления дереализации и деперсонализации. В 96,97% в период пароксизма отмечалось моторное возбуждение, в 84,85% дисфорический пароксизм сопровождался беспричинной, немотивированной (то есть, не спровоцированной окружающими или ситуацией) гетероагрессией, в 4 случаях (12,12%) речь шла о сочетании ауто- и гетероагрессивных действиях.

Фобические дисфорические пароксизмы сопровождались наряду с аффектом озлобленности аффектом страха (страх смерти, беспредметный страх),

психомоторным возбуждением отмечавшемся в общей совокупности в 5,71% в виде самостоятельных пароксизмальных состояний.

К группе непароксизмальных дисфорий были отнесены все дисфорические расстройства, не отвечающие определению эпилептического пароксизма и включали психогенные и аутохтонные варианты.

Среди непароксизмальных дисфорий также наиболее часто встречались психогенные эксплозивные дисфорические реакции.

По структуре психогенные эксплозивные дисфории чаще были простыми (62,34%), всегда сопровождалась гетероагрессивными действиями и в 14 случаях (18,18%) аутоагрессивными действиями. При этом в отличие от пароксизмальных дисфорий в доминирующем числе наблюдений (92,2%) реализация гетероагрессивных действий носила целенаправленный характер и лишь в 4 наблюдениях (5,19%) агрессия была нецеленаправленной с вымещением злобы на неодушевленных предметах. При этом преобладал смешанный (физическая+вербальная) тип агрессивных действий (61,04%). Прослеживалась связь психогенных дисфорических эксплозивных расстройств с другой разновидностью непароксизмальных дисфорий – аутохтонными дисфориями. В 21 случае (27,27%) психогенные эксплозивные дисфории возникали на фоне длительных аутохтонных колебаний настроения: 10 наблюдений (12,99%) по типу тогос-дисфорий, либо в 11 (14,29%) случаях на фоне аутохтонных эксплозивных форм дисфорических расстройств.

Описывая структурные компоненты психогенных эксплозивных дисфорий можно отметить, что в 6,49% случаев в период аффективной вспышки отмечалось усиление церебрастенической симптоматики, в 2,6% случаев - вегетативных реакций в виде ощущения жара, гиперемии кожных покровов; у всех обследованных отмечалось моторное возбуждение. В большинстве случаев (63,64%) психогенные эксплозивные дисфории протекали на фоне неизменного сознания с сохранением воспоминаний о данном состоянии.

Стереотипность психогенных эксплозивных дисфорических расстройств, выявленная у 64 (83,12%) подэкспертных, отражает скорее не сходство с пароксизмальными дисфориями, а узость диапазона эмоционального реагирования больных в конфликтных и фрустрирующих ситуациях.

Фобическая психогенная дисфория сопровождалась аффектом страха (страх смерти), ярости, экстрапунитивной направленностью переживаний, гетероагрессивными (преобладала физическая агрессия), целенаправленными действиями, сужением сознания на высоте аффективных переживаний и последующей частичной амнезией происшедшего.

Депрессивно-ипохондрическая психогенная дисфория сочетала в себе наличие тоскливо-злобного аффекта и депрессивно-ипохондрических переживаний, связанных с реакцией личности на заболевание. Продолжительность таких дисфорий составляла до нескольких месяцев, характер переживаний носил интрапунитивный характер (преобладала «озлобленность на самого себя»). Сопровождались эти дисфорические состояния несмотря на общую идеомоторную заторможенность аутоагрессивными действиями, характеризовались стереотипностью клинической картины и сохранностью воспоминаний о перенесенных состояниях.

Психогенные эйфорические расстройства, а также психогенные могодисфории в нашем исследовании не встречались.

Аутохтонные дисфории отмечались у 43 (52,44%) обследованных. Среди аутохтонных расстройств преобладающим также являлся взрывчатый тип дисфорических состояний (65,12% от аутохтонных).

Во всех 28 случаях аутохтонных взрывчатых дисфорий отсутствовала какая-либо связь с судорожными пароксизмами. В то же время аутохтонные дисфории нередко служили почвой для возникновения психогенных взрывчатых дисфорических реакций – 12 случаев (42,86%).

При анализе структуры аутохтонных взрывчатых дисфорических состояний было выявлено, что в 17 (60,71%) наблюдениях можно было говорить о простых дисфориях, а в 11 (39,29%) - аффективные нарушения дополнялись расстройствами других психических сфер: церебральной симптоматикой, инсомническими расстройствами, нарушениями мышления, идеаторной заторможенностью. В 3 случаях картину дисфорического состояния дополнял тревожный компонент. В 19 случаях (67,86%) дисфория сопровождалась моторным возбуждением, в 4 (14,29%) - наоборот, заторможенностью, в 5 случаях (17,86%) не было отмечено каких-либо отклонений в двигательной активности. В 27 наблюдениях из 28 отмечалась полная сохранность воспоминаний о периоде дисфории, в 1 случае отмечалась частичная амнезия событий, относящихся к пику аффективных переживаний. Во всех 28 наблюдениях картина аутохтонного взрывчатого дисфорического состояния носила стереотипный характер, что сближало ее с группой пароксизмальных дисфорических расстройств.

При фобической аутохтонной дисфории отмечалось сочетание аффекта злобы со страхом, носившим неопределенный характер. Аутохтонное фобическое дисфорическое состояние характеризовалось сложностью психопатологической структуры: отмечались церебральные явления в виде головных болей, нарушение сна, моторная заторможенность, нарушения мышления в виде идей отношения, дипсоманических расстройств. При этом отмечалась стереотипность

указанных состояний и целостность сохранности воспоминаний о данном состоянии по выходу из него.

Депрессивно-ипохондрические аутохтонные дисфории характеризовались интрапунитивной направленностью переживаний в сочетании с моторной заторможенностью, но сопровождалось аутоагрессивными действиями, сложностью психопатологической структуры, характеризовавшейся возникновением расстройств восприятия по типу сенестопатических.

Эйфорические аутохтонные состояния являлись вторым полюсом аутохтонных колебаний настроения (от дисфории к эйфории). Сопряженность этих состояний наблюдалась с эксплозивной разновидностью аутохтонных дисфорий, в одном случае - с аутохтонным *mood*'ом.

В группе аутохтонных дисфорий, по сравнению с другими патогенетическими группами, такая разновидность как *mood*-дисфория наблюдалась наиболее часто (32,56%).

Выводы. Таким образом, дисфорические расстройства при эпилепсии представлены разнообразными по патогенезу, феноменологическому наполнению и синдромальной структуре состояниями.

Наиболее распространенными видами являются эксплозивные пароксизмальные и непароксизмальные психогенные дисфории.

Эксплозивные пароксизмальные дисфорические расстройства, характеризуются моторным возбуждением, беспредметностью переживаний, беспричинной, немотивированной и нецеленаправленной гетеро-агрессией, проявляющийся в клинической картине как стереотипный, шаблонный, независимый от судорожного припадка, самостоятельный психический эквивалент; непароксизмальные психогенные эксплозивные дисфорические расстройства - моторным возбуждением, экстрапунитивной направленностью переживаний, сочетанием различных видов агрессии (вербальная+физическая) при преобладании гетероагрессивных действий, носящих целенаправленный характер. Аутохтонные дисфории наблюдались примерно у половины обследованных особенно в сочетании с эйфорическими аутохтонными состояниями и при наличии сложной синдромальной структуры характеризовались: стереотипностью, связью с утренним временем суток, беспредметностью переживаний и в отличие от других вариантов дисфорических состояний отсутствием агрессии.

Литература.

1. Блейхер В.М., Крук И.В. - Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: НПО "МОЛЭК", 1995, 639 с.
2. Блейлер Э. - Руководство по психиатрии. Пер. с дополн. по последнему 3 изд. Берлин, «Врач», 1920, 533 с.

3. Болдырев А.И. - Эпилепсия у взрослых. 2-е изд., перераб. и доп./АМН СССР. М., «Медицина», 1984., с. 117, 171.
4. Введенский И.Н. - Эпилепсия с судебно-психиатрической точки зрения.// Проблемы судебной психиатрии. – М., 1941., №3., с.3-37.
5. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. - Психопатологические аспекты агрессивного поведения. Материалы научно-практической конференции психиатров юга России. Ростов-на-Дону, 1998, с.81-83.
6. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. - Психиатрия. М., «Медицина», 2000, с. 138.
7. Железнова Е.В. - Психофармакотерапия в комплексном лечении психических расстройств пограничного уровня у больных эпилепсией. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1997. 19 с.
8. Жмуров В.А. - Психопатология. Н. Новгород, НГМА, 2002, с. 343.
9. Калинин В.В., Железнова Е.В., Соколова Л.В., Полянский Д.А., Рогачева Т.А., Земляная А.А., Назметдинова Д.М., Басмыгин А.В. - Психические расстройства при эпилепсии (пособие для врачей). Москва, 2006, с. 13-16.
10. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И.- Психиатрия. М., 2002, с. 328-329.
11. Максимова Э.Л., Фрешер В. - Психофармакотерапия эпилепсии. Вена: Блэквел Виссенштафтс – Ферлаг Беолин, 1998, с. 180.
12. Наджаров Р.А., Шумский Н.Г. О скрытой эпилепсии//Вопросы психиатрии, выпуск IV. М., 1960, с. 90-105.
13. Незнанов Н.Г., Киссин М.Я. Психические расстройства при эпилепсии (2009) //Психиатрия. Национальное руководство. М., 2009, с.637-651.
14. Осипов В.П. Эпилепсия и эпилептические психозы // Частное учение о душевных болезнях. М -Л., 1926, с.80-128.
15. Плотицер А.И. - Психопатологическая картина бессудорожной стадии эпилепсии у детей // Неврология и психиатрия. М., 1938, с.48-62.
16. Сухарева Г.Е. Эпилепсия // Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955, с.295-318.
17. Blumer D. - Epilepsy and suicide: a neuropsychiatric analysis//The neuropsychiatry of epilepsy / M. Trimble, B. Schmitz (Eds.). Cambridge, 2002, p. 107-116.
18. Scharfetter C. Allgemeine Psychopathologie. Eine Einföhrung – Thieme. Stuttgart, 2002, s. 363.

Abstract.

M.V. Usukina, A.S. Shamaev

DYSPHORIC DISORDERS ASSOCIATED WITH EPILEPSY

Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

In this article we tried to analyze clinical variants of dysphoric disorders associated with epilepsy, considering their syndromal structure, pathogenetic and dynamical characteristics.

Key words: epilepsy, dysphoria, affective disorders.

References.

1. Bleicher V.M., Kruk I.V. – Defining dictionary of Psychiatric terminology. Voronez: “MOLEK”, 1995, p. 639.
2. Bleuler E. – Guidance for Psychiatry, third edition, Berlin, “Doctor”, 1920, p. 533.
3. Boldirev A.I. – Adult epileptics. Second edition/АМН USSR, М., “Medicine”, 1984, p. 117, 171.
4. Vvedenskiy I.N. – Epilepsy in forensic psychiatry practice //Aspect of forensic psychiatry – М., 1941, №3, p. 3-37.
5. Dmitrieva T.B., Shostakovich B.V. – Psychopathological aspects of aggressive behavior. Materials of scientific practical conference of psychiatrists south of Russia, Rostov-on-Don, 1998, p. 81-83.
6. Zharikov N.M., Tulpin U.G. – Psychiatry. М., “Medicine”, 2000, p. 138.

7. Zheleznova E.V. – Psychopharmacology and complex treatment of epileptical mental disorders. Thesis review, M., 1997, p.19.
8. Zhmurov V.A. – Psychopathology. N. Novgorod, NGMA, 2002, p. 343.
9. Kalinin V.V., Zheleznova E.V., Sokolova L.V., Polianskiy D.A., Rogacheva T.A., Zemlianaya A.A., Nazmetdinova D.M., Basmigin A.V. – Mental disorders associated with epilepsy (guidelines for psychiatrists) Moscow, 2006, p. 13-13.
10. Korkina M.V., Lakosina N.D., Lichko A.E., Sergeev I.I. – Psychiatry, M., 2002, p. 328-329.
11. Maksutova E.L., Fresher V. – Pharmacotherapy of epilepsy. Vienna, Blackwell Wissenschafts – Verlag Beolin, 1998, p.180.
12. Nadzharov R.A., Shumskiy N.G. – Larvate epilepsy//Aspects of Psychiatry, issue № IV, M., 1960, p. 90-105.
13. Neznanov N.G., Kissin M.J. – Epileptical mental disorders (2009)//Psychiatry. National guidance. M., 2009, p. 637-651.
14. Osipov V.P. – Epilepsy and epileptical psychosis states//Specific mental disorder theory – M-L., 1926, p. 80-128.
15. Ploticher A.I. – Psychopathological symptoms of concealed epilepsia nutans// Nevrology and Psychiatry. M., 1938, p. 48-62.
16. Suhareva G.E. – Epilepsy//Clinical talks about epilepsy nutans. M., 1955, p. 295-318.
17. Blumer D. – Epilepsy and suicide: a neuropsychiatric analysis//The neuropsychiatry of epilepsy/ M. Trimble, B. Schmitz (Eds.). Cambridge, 2002, p. 107-116.
18. Scharfetter C. – General Psychopathology. Introduction – Theme, Stuttgart, 2002, p. 363.

Сведения об авторах: Усюкина Марина Валерьевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава» Адрес: 119992, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23 Телефон: (495) 637-16-13

Шаманаев Александр Сергеевич – врач-психиатр 2-го клинического отделения ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава» Адрес: 119992, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23 Телефон: (495) 637-16-13

М.А. Харченко
**ДИАГНОСТИКА ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОСТИ
В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Каф. общей и социальной психологии Воронежского государственного уни-верситета

Резюме. Рассматривается вопрос о диагностике проявлений осознаваемого и неосознаваемого компонентов агрессивности у лиц юношеского возраста. Обсуждается проблема повышения точности психологических измерений, связанная с построением сильных измерительных шкал. Показана возможность построения интервальных шкал при использовании рисуночных проективных методов на примере изучения неосознаваемых компонентов проявления агрессивности личности. На репрезентативной стратифицированной выборке лиц юношеского возраста рассчитаны психодиагностические нормы проявления компонентов агрессивности.

Ключевые слова: агрессивность, психодиагностика, проективные техники, интервальная шкала агрессивности, процентильная нормализация.

Актуальность. Агрессивность личности и ее проявление в поведении – агрессия – давно и успешно исследуемая область психологической науки, однако на каждом новом этапе развития общества, изменяющем детерминанты психического развития личности, перед исследователями снова и снова встает вопрос о точности и валидности методов диагностики проявления агрессивности. Рассматривая агрессивность личности и ее проявления – агрессивные действия – с разных позиций, психологи и психиатры не всегда находят взаимопонимание и даже испытывают трудности в выделении существенных и обобщенных категорий. Изучение проявлений агрессивности как многогранного явления современного российского общества у лиц юношеского возраста является актуальным в настоящий момент, так как молодое поколение является наименее ригидной и соответственно более динамичной частью социума.

Цель исследования заключалась в построении тестовых норм уровней проявления осознаваемого и неосознаваемого компонентов агрессивности современных юношей.

В современной психологической науке сформировался дифференцированный подход к понятиям «агрессия» и «агрессивность». На уровне обыденного житейского понимания «агрессия», «агрессивное поведение», «агрессивность», «насилие», «враждебность» трудно разделяются в своих семантических значениях и имеют примерно одинаковую смысловую нагрузку действия, намерения или состояния, направленного против другой личности с целью причинения вреда. В современной психологической литературе термин «агрессия», происходящий от латинского *aggressio* – нападение, определяется как форма поведения, направленная на причинение физического или психологического вреда, ущерба живым существам вплоть до их физического уничтожения или на разрушение

неодушевленных предметов. Существенным свойством агрессии является ее мотивированность, что позволяет рассматривать агрессивное поведение с позиции теории деятельности А.Н. Леонтьева. Таким образом, агрессию можно определить как мотивированное деструктивное поведение, наносящее вред одушевленным или неодушевленным объектам, приносящее им физический ущерб или вызывающее психологический дискомфорт.

Агрессивность в современной психологической литературе рассматривается как отдельный феномен, являющийся производным по отношению к агрессии, так как, с одной стороны, психологами изучалось агрессивное Поведение, а с другой стороны, агрессивность является свойством психики, и по отношению к поведению выступает как явление психики, детерминирующее степень проявления агрессии в поведении. Под агрессивностью в современной психологической науке понимается «свойство личности, выражающееся во внутренней готовности индивида к агрессивным действиям».

Начало изучению феномена агрессивного поведения было положено в зарубежной психологии в начале XX века. Традиционно выделяют четыре направления исследований агрессивного поведения в психологической науке, в основе которых лежит ключевой вопрос об истоках и детерминантах агрессивности:

1) теории врожденного агрессивного поведения (Р. Ардри, К. Лоренц, З. Фрейд и др.), исходящие из понимания того, что источником агрессии являются бессознательные врожденные инстинкты: агрессия рассматривается как имманентное свойство человеческой природы;

2) теории социального научения (А. Бандура): агрессия представляет собой специфическую приобретенную модель поведения в ходе социальных контактов;

3) фрустрационные теории (Д. Доллард, Н. Миллер), в основе которых лежат представления о том, что основной детерминантой агрессивного поведения является фрустрация, приводящая к агрессии в какой-либо форме;

4) когнитивные теории (Л. Берковиц, Д. Зильманн), согласно которым в основе агрессивного поведения, наряду с эмоциональными процессами, лежат познавательные процессы.

Специфика подхода отечественных психологов (М.В. Алфимова, С.М. Бондаренко, И.Ю. Борисов, Г.Э. Бреслав, В.А. Дмитриевский, Н.А. Дубинко, З.А. Зимелева, П.А. Ковалев, С.Л. Колосова, Е.Е. Копченова, Н.Д. Левитов Ю.Б. Можгинский, Е.В. Ольшанская, А.К. Осницкий, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, А.А. Реан, Т.Г. Румянцева, Л.М. Семенюк, Л.С. Славина, Т.П. Смирнова, С.Л. Соловьева, Т.А. Хагуров, С.Ю. Чижова и др.) к изучению феномена агрессии заключается в том, что агрессивность и агрессивное поведение рассматриваются в

связи с личностью субъекта. Это позволяет считать, что агрессия – это порождение, прежде всего, личностных свойств, формируемых в социуме. Агрессивность отвечает критериям категории личностного свойства, следовательно, она может рассматриваться в качестве устойчивой личностной черты (С.Л. Соловьева), детерминируемой не только внутриличностными, но и социально-психологическими факторами: агрессивность – это системное социально-психологическое свойство, формируемое в процессе социализации человека, реализация которого в виде агрессивного поведения описывается тремя группами факторов: субъектными (внутриличностными), характеризующими психическую деятельность агрессора; объектными, характеризующими степень изменения или разрушения объекта и социально-нормативными, оценочными факторами, такими как морально-этические нормы или уголовный кодекс.

Материал и методы. Эмпирическое исследование уровней проявления различных компонентов агрессивности современных юношей проводилось в 2006-2008 гг. Базой исследования являлись: Воронежский государственный университет (студенты I–IV курсов факультетов философии и психологии, романо-германской филологии, физического); Воронежский государственный педагогический университет (студенты II курса факультета художественного образования); Воронежский энергетический колледж (учащиеся II курса); Воронежский музыкально-педагогический колледж (учащиеся III курса); Воронежский государственный промышленно-гуманитарный колледж (учащиеся II и III курсов); гимназия им. академика Н.Г. Басова и средняя школа № 37 г. Воронежа (классы 10 и 11 параллелей). Объектом эмпирического исследования выступали 338 студентов вузов, 153 учащихся средне-специальных учебных заведений и 142 учащихся общеобразовательных учебных заведений г. Воронежа. Общий объем выборки составил 633 человека.

Результаты. I. Осознаваемый компонент агрессивности исследовался с помощью тест-опросника Басса-Дарки и включал в себя три показателя агрессивности: физической, вербальной и косвенной (ФА, ВА, КА), на основании которых рассчитывался интегральный показатель агрессивности ИА как среднее арифметическое их z-оценок. В опроснике имеется 2 варианта шкалы для ответа испытуемых: дихотомическая («да» – «нет») и четырехточечная порядковая («да» – «пожалуй, да» – «пожалуй, нет» – «нет»). Для повышения точности измерительной процедуры в настоящем исследовании использовалась четырехточечная порядковая шкала. При совпадении с ключом ответа испытуемого на прямой вопрос, указывающий на проявление агрессивности, ответу «да» присваивается 2 балла, ответу «пожалуй, да» – 1 балл, ответам «нет» и «пожалуй, нет» – 0 баллов; в случае совпадения с ключом ответа испытуемого на

обратный вопрос ответу «нет» присваивается 2 балла, ответу «пожалуй, нет» – 1 балл, ответам «да» и «пожалуй, да» – 0 баллов.

Для диагностики уровня агрессивности «сырые» баллы, получаемые путем сложения баллов по отдельным вопросам, были переведены в интервальную шкалу. Для расчета норм были созданы три репрезентативные выборки стандартизации (студентов вузов, учащихся средне-специальных учебных заведений и старшеклассников общеобразовательных школ и гимназий). После подсчета «сырых» баллов по каждой шкале была произведена процентильная нормализация с последующим переводом «сырых» баллов в нормализованные z-оценки для каждой выборки. Проверка устойчивости распределения показателей агрессивности у студентов вузов, учащихся ССУЗ и общеобразовательных школ была проведена с помощью критерия Пирсона «хи-квадрат». В табл. 1 приведены эмпирические значения критерия «хи-квадрат» по основным показателям физической, вербальной и косвенной агрессивности (критическое значение критерия для $\alpha = 0,05$ равно 68,669).

Устойчивость изучаемого распределения позволила нам в дальнейшем рассчитать статистические нормы показателей агрессивности на единой выборке объемом 633 человека.

Таблица 1

Результаты проверки устойчивости распределения

Показатель	χ^2
ФА	68,588
ВА	64,921
КА	34,660

Для расчета норм использовалась стандартная процедура процентильной нормализации: «сырые» баллы были пересчитаны по формулам нормального интеграла в интервальные z-оценки:

$$P = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^z e^{-\frac{t^2}{2}} dt, \quad P = \frac{k_i - n_i / 2}{n},$$

где n – объем выборки стандартизации, n_i – частоты, k_i – кумулятивные частоты. Рассчитанные нормы по опроснику Басса-Дарки приведены в табл. 2.

II. Для диагностики неосознаваемого компонента агрессивности в настоящем исследовании использовались проективные методики «Рисунок несуществующего животного» и «Рисунок человека».

Таблица 2

Стандартизация показателей агрессивности опросника Баса-Дарки

Уровни проявления агрессивности	«Сырые» баллы показателей		
	ФА	ВА	КА
очень низкий	0–1	0–3	0–2
низкий	2–3	4–7	3–4
ниже среднего	4–5	8–9	5
средний	6–10	10–14	6–8
выше среднего	11–13	15–16	9
высокий	14–17	17–21	10–12
очень высокий	18–20	22–26	13–18

Рисуночные проективные методики основаны на теории психомоторной связи и используют факт отображения индивидуально-психологических особенностей субъекта графической деятельности в продуктах этой деятельности. Предлагаемый сюжет рисунка представляет собой слабо структурированный материал, на который испытуемый проецирует свои личностные особенности, в том числе и агрессивность.

Испытуемым предлагалось нарисовать на одном нелинованном белом листе бумаги формата А4 несуществующее животное, а на другом аналогичном листе – человека. Задание сопровождалось следующей инструкцией: «Пожалуйста, придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его подходящим именем. (Пауза для выполнения задания). Спасибо. А теперь на другом листе нарисуйте человека – всего целиком. Постарайтесь нарисовать как можно лучше, так как вы умеете».

В практических руководствах к проективным рисуночным методикам результаты анализа представлены в описательных формах, степень агрессивности выражена количеством, расположением и характером углов в рисунке, независимо от их связи с той или иной деталью изображения. Особенно весомы в этом отношении прямые символы агрессии – когти, зубы, клювы. Различные виды агрессивности проявляются в рисунке по-разному (вербальная – наличие зубов, физическая – когтей, орудий нападения и т.д., защитная – стремление защитить персонаж панцирем, броней, чешуей, толстой кожей).

С целью стандартизации полученной информации качественный анализ рисунков испытуемых необходимо дополнить количественным, введя шкалы агрессивности в обеих методиках. Проанализировав психодиагностические руководства и выявив качественные признаки проявления различных видов

агрессивности в рисунках несуществующего животного и человека, были составлены шкалы для получения «сырых» показателей агрессивности.

Шкала агрессивности в рисунке несуществующего животного. Признаки агрессивности относятся к 5 категориям (зонам): рот, дополнительные агрессивные детали, острые выступы в контуре фигуры, орудия нападения и агрессивная символика, защитные элементы. Диагностическими признаками агрессивности по указанным категориям (зонам) являются следующие.

1. Область рта: наличие четко прорисованных зубов:

0 баллов – рот без зубов;

1 балл – рот с несколькими неострыми зубами;

2 балла – огромный рот с подчеркнутыми (или заштрихованными, или острыми) зубами.

2. Наличие дополнительных агрессивных деталей на теле животного (рогов, когтей, игл, острых клювов, щетины, шупалец, клешней и др.):

0 баллов – нет ни одной агрессивной детали;

1 балл – имеется одна агрессивная деталь;

2 балла – имеется две или более агрессивных детали.

3. Наличие острых выступов в контуре фигуры (острых хвостов, лап, ушей, заостренных глаз, раздвоенных клешней) или формы туловища, выполненной в виде острых углов и выступов:

0 баллов – нет ни одного признака;

1 балл – имеется один признак;

2 балла – имеется два или более признаков.

4. Наличие орудий нападения, агрессивной символики (щитов, выполненных в острых углах, ножей, булавы):

0 баллов – орудия нападения отсутствуют;

1 балл – имеется один элемент;

2 балла – имеется два или более элементов.

5. Стремление защитить придуманное животное – наличие панциря, чешуи, брони, особо толстой кожи (признак защитной агрессии):

0 баллов – признаки отсутствуют;

1 балл – на теле животного имеются отдельные колючки;

2 балла – тело животного сплошь покрыто панцирем или колючками.

Шкала агрессивности в рисунке человека. Признаки агрессивности были разделены на 3 категории: лицо, руки, агрессивные аксессуары (в том числе изображение крови). Ниже приведены диагностические признаки агрессивности по указанным категориям (зонам).

1. Признаки агрессивности в области лица: наличие четко прорисованных зубов и ноздрей:

0 баллов – нет четко прорисованных зубов и ноздрей;

1 балл – имеется один из признаков (или зубы, или ноздри);

2 балла – оба признака четко прорисованы.

2. Признаки агрессивности в области рук: руки сильные; или как боксерские перчатки; или пальцы отделены от руки; или пальцы большие (крупные); или пальцы длинные; или пальцев больше пяти:

0 баллов – нет ни одного признака;

1 балл – имеется один признак;

2 балла – имеется два или более признаков.

3. Наличие агрессивных аксессуаров, орудий нападения (ножей, острых щитов, оружия) или человек нарисован в военной форме, изображение крови:

0 баллов – агрессивные аксессуары отсутствуют;

1 балл – наличие одного аксессуара;

2 балла – наличие двух или более аксессуаров.

Сырой показатель агрессивности ПАрис подсчитывается путем сложения баллов по каждому диагностическому признаку и лежит в пределах от 0 до 16, который затем переводится в интервальную шкалу (z-оценки) с помощью процентильной нормализации. Результаты стандартизации шкалы рисуночных методик на стратифицированной выборке лиц юношеского возраста объемом 633 человека приведены в табл. 3.

Таблица 3

Стандартизация показателей агрессивности рисуночных методик

Уровни	«Сырые» баллы показателя ПАрис
очень низкий	0
низкий	1
ниже среднего	2
средний	3–4
выше среднего	5–6
высокий	7–8
очень высокий	9–16

Выводы. Проведенная психометрическая процедура позволит практически психологам и психиатрам более эффективно и качественно диагностировать проявления осознаваемых и неосознаваемых компонентов агрессивности у лиц юношеского возраста.

Abstract.

М.А. Kharchenko

**THE DIAGNOSTICS OF DEMONSTRATION
OF PERSONAL AGGRESSIVENESS IN YOUTH**

Chair of general and social psychology Voronezh State University

The question of diagnostics of conscious and unconscious components of demonstration of personal aggressiveness is considered for youth. The problem of increasing psychological measurement accuracy connected with strong measuring scales modelling is discussed. The possibility of interval scales modeling in drawn projective techniques is shown by the example of studying unconscious components of demonstration of personal aggressiveness. Based on representative stratified random number of youth probationers, the diagnostics norms for components of demonstration of personal aggressiveness have been calculated.

Key words: aggressiveness, psychological diagnostics, drawn projective methods, interval aggressiveness scale, percentile normalization.

Сведения об авторах: – Харченко Максим Андреевич доцент кафедры общей и социальной психологии Воронежского государственного университета. Телефоны: 55-70-28 (кафедра общей и социальной психологии) e-mail: maxquail@gmail.com, max@quail.vrn.ru

Н.С. Ценных, Э.В. Эльтекова, Е.Б. Гайворонская
**О СОСТОЯНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В СОСТАВЕ
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БРИГАД**

*ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер»;
каф. психиатрии с наркологией и психиатрией ИПМО ВГМАим. Н.Н. Бурденко*

Резюме. В статье рассматриваются актуальные вопросы биопсихосоциальной реабилитации, описывается программа психосоциальной реабилитации психически больных, реализуемая в ГУЗ «ВОКПНД». Благодаря успешному применению данной программы, констатируются восстановление адаптивных возможностей больных, формирование у них навыков эффективного социального поведения, что позволяет характеризовать психосоциальную реабилитацию как экономически эффективный метод.

Ключевые слова: биопсихосоциальная реабилитация, бригадный метод лечения, восстановление адаптивных возможностей.

В настоящее время при оказании как стационарной, так и внебольничной психиатрической помощи наряду с лечебной реабилитацией больных большое значение приобретает социальная реабилитация пациентов.

Психосоциальная реабилитация в России до настоящего времени занимает второстепенное положение, как в психиатрии, так и в социальной работе. Психиатрия остается центрированной на биологическом направлении (психофармакологическом лечении), а социальная работа – на предоставлении социальных выплат и натуральных видов помощи. Тогда как на течение и исход психического расстройства, наряду с фармакологическим вмешательством, влияют следующие факторы: семейное окружение, жизненные события, виды социальной поддержки, психосоциальные методы лечения.

Клинический аспект реабилитации обычно подразумевает избавление от симптомов (подавленности, тревоги, бессонницы и т.д.). Однако психические расстройства отражаются не только на ощущениях здоровья, энергичности, они влияют на отношения в семье, профессиональные возможности, на досуг и другие стороны человеческой жизни.

О личных потребностях пациентов упоминается только как о потребностях в помощи. В то время как они имеют общечеловеческие потребности (в работе, в близких отношениях, квартире, доходе, безопасности, самореализации). Эти потребности необходимо изучать и трансформировать в цели реабилитации. Реабилитация будет более эффективной, если при планировании учитывается мнение пользователя и программа разрабатывается индивидуально, а не на усредненного пациента.

Актуальными вопросами биопсихосоциальной реабилитации являются:

- ее место в процессе восстановления пользователя;
- условия и организация реабилитации;
- вклад субъекта и объекта в процесс реабилитации;

- оценка эффективности реабилитации;
- вопросы качества реабилитационных программ.

В рамках изучения этих вопросов используются разнообразные подходы и модели, которые позволяют не только исследовать, но и активно способствовать решению актуальных проблем реабилитации.

В последнее время научная общественность стала более активно обсуждать вопросы о биопсихосоциальном подходе при комплексном оказании помощи, командном способе работы, ведении случая. Команды организуются на базе психиатрических стационаров и диспансеров, в центрах социальной поддержки отдельных групп населения, в том числе семьи и детей, беженцев, лиц, переживших насилие, участников локальных конфликтов, в хосписах.

Реабилитация психически больных есть, прежде всего, ресоциализация, которая ставит перед психиатрической службой следующие актуальные задачи:

1. Диагностические: медико-психологическая оценка психического состояния, выявление актуальных психологических проблем и потребностей пациента, выявление реабилитационного потенциала, отношение пациента к самому себе, к болезни, выявление сложных психотравмирующих ситуаций. Реализация диагностических задач позволяет сформулировать реабилитационный диагноз и построить реабилитационную программу с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента.

2. Коррекционные: разработка комплекса необходимых реабилитационных мероприятий, возможность осознания и поиск адекватных способов эмоционального и поведенческого реагирования.

3. Реабилитационные: повышение уровня осведомленности пациента и родственников о течении заболевания, оптимальной помощи, необходимой поддержке, что ведет к повышению комплаентности как самого пациента, так и его родственников, коррекция самооценки, раскрытие внутренних ресурсов, развитие и поддержка коммуникативных навыков, социальная адаптация пациента.

Для решения этих задач с 2006 г. в диспансере активно внедряется программа психосоциальной реабилитации психически больных, которая включает следующие формы: психологическую, психотерапевтическую, семейную, воспитательную, образовательную и досуговую.

В работе с пациентами применяется бригадный метод лечения с участием психиатра, психотерапевта, медицинского психолога социального работника. В своей работе бригада руководствуется разработанным индивидуальным комплексом лечебно-профилактических и трудовых мероприятий, направленных на повышение функциональных резервов здоровья пациента, страдающего психическим расстройством; динамически оцениваются и контролируются

резервы психического здоровья. Осуществляется образовательная программа для пациентов и их родственников.

Для составления индивидуальных программ реабилитации и обеспечения дифференцированного подхода к выбору методов и средств восстановительного лечения различных контингентов больных с психическими расстройствами проводится экспериментально-психологическое исследование. Большое значение имеет восстановление личного статуса больных, восстановление адаптивных возможностей (трудовых навыков, навыков самообслуживания, ведения домашнего хозяйства, коммуникабельности и др.).

Положительно себя зарекомендовали биологические методы лечения в сочетании с различными психосоциальными воздействиями, такими как психокоррекция, арттерапия, лечение средой, лечение занятостью, тренинги: социальных навыков, общения, уверенного поведения, самоуважения, независимого проживания; психообразовательные программы для пациентов и их родственников, обучение стратегии совладания с остаточными психотическими симптомами, семейная терапия.

Психокоррекция направлена на восстановление и формирование нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности для интегрирования психически больных в общество. Используются как индивидуальные, так и групповые формы психокоррекционной работы.

Большой интерес у больных вызывают арттерапевтические занятия, которые проводятся в художественной студии, а также кружках по лепке. Особое предпочтение пациенты отдают танцевально-музыкальным занятиям, экскурсиям в музеи города и т.д. Участвуя в этих реабилитационных мероприятиях, пациенты, кроме развития художественных навыков, эмоционального отреагирования своих переживаний, получают опыт общения и развивают эмоциональный, коммуникативный, познавательный, ценностный ресурсы личности.

Высокую оценку получило творчество наших пациентов на выставках художественных работ душевнобольных людей.

Следует отметить, что все психосоциальные мероприятия проводятся в неразрывной связи с активной психофармакотерапией, при этом заметно возросла комплайентность больных – 98% из них получают поддерживающую терапию.

Благодаря психосоциальной программе, реализующейся в ГУЗ «ВОКПНД», многие пациенты приобретают навыки эффективного социального поведения, у них появляется желание сотрудничать с врачами-психиатрами в вопросах терапии, что позволяет им удерживаться на амбулаторном лечении и избегать госпитализации. У пациентов также улучшается качество жизни. Это характеризует психосоциальную реабилитацию как экономически эффективный метод.

В таблице приводятся данные о деятельности социально-правовой службы за 2008 год.

Таблица.

Деятельность социально-правовой службы за 2008 год

Мероприятия	Кол-во в корпусах ВОКПНД			итого 2008год.
	1 корп.	2 корп.	Диспансер.	
Занятия в кружках: литературный, хореогра- фический, хоровой и др.	2507	1824	1354	5685
Беседы с библиотекарем	96	10	-	106
Познавательные лекции	81	25	18	124
Киноклуб	453	426	45	924
Трудовая терапия	535	2700	51	3286
Встреча со священнослу-жителем	84	17	34	135
Вечера отдыха	17	53	24	94
Беседы с пациентами и их родственниками	4479	2040	1928	8447
Выставки работ пациентов	68	82	13	163
Концерты	45	17	10	72
Благотворительные поездки	-	-	6	6
Посещение культурно-массовых мероприятий	-	3	95	98
Решение социально-правовых вопросов				
-обращение в пенсионный отдел, паспортный стол, сельскую администрацию.	109	466	101	676
- запросы в различные инстанции	131	2713	259	3103
- патронаж(посещение на дому)	-	-	182	182
-консультации по социально-правовым вопросам	1169	363	65	1597
- сбор документов в дома инвалидов, на недееспособность	24	85	-	109
-взаимодействие с опекуном				
Советом	33	39	44	116
- помощь в восстановлении утраченных документов	34	41	31	106

В настоящее время стали очевидны первые результаты реабилитационной работы: больные с частыми госпитализациями стали реже попадать в стационары за счет выполнения режима фармакотерапии, распознавания начальных проявлений рецидивов, исключения факторов, способствующих обострению, а также изменения стиля внутрисемейного взаимодействия для семей этих пациентов.

Помимо вышеуказанной программы психосоциальной реабилитации, разрабатывается программа развертывания отдельного реабилитационного отделения в корпусе № 1, что потребует решения целого ряда проблем.

Открытыми в каждом конкретном случае остаются вопросы в отношении продолжительности оказания поддержки, степени контроля над пользователем и его семьей, определения дистанции между пользователем и специалистами, выделения куратора случая, преодоления межведомственных препятствий, ведения документации.

Возможности внедрения уже разработанных методов и использование инновационных подходов при осуществлении реабилитации позволяют не только получить практический опыт, но и оказывать пользователям комплексную индивидуальную, наиболее соответствующую их потребностям помощь.

Abstract.

N.S. Tsennih, E.V. Eltekova, E.B. Gayvoronskaya

**ABOUT REHABILITATIONAL WORK INTO
A MULTIPROFESSIONAL BRIGADE STRUCTURE**

Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary; Voronezh N.N. Burdenko State
Medical Academy, Department of Psychiatry

The paper concerns to actual questions of biopsychosocial rehabilitation. A psychosocial rehabilitation program of patients with mental disorders using at the Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary is described. Owing to successful realizing of this program patients' adaptive abilities recovering as well as forming of their effective social behavior skills are stated. It allows characterizing psychosocial rehabilitation as an economically effective method.

Key words: biopsychosocial rehabilitation, brigade medical treatment method, adaptive abilities recovering.

Сведения об авторах: Ценных Наталия Сергеевна – зам. главного врача по медицинской части ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер» Почтовый адрес: Воронеж, ул. 20 лет Октября, 73. E-mail – okpnd@vmail.ru Телефон для контакта: 71-56-22 (рабочий).

Гайворонская Елена Борисовна –к андидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии с наркологией и психиатрией ИПМО Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко Почтовый адрес: Воронеж, 394 000, ул. Студенческая 10. E-mail – okpnd@vmail.ru Телефон для контакта: 71 55 22 (рабочий)

*Д.Л. Шаповалов, О.Ю. Ширяев,
Е.Л. Пономарева, Е.М. Зайцева, Г.А. Зацепина*
**АНАЛИЗ ПРИЧИН ИНТОЛЕРАНТНОСТИ К
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С
КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

*Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко.
Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер.*

Резюме. В статье проводится анализ причин интолерантности к психофармакотерапии антидепрессантами с различным механизмом действия у пациенток с климактерическим синдромом. Установлено, что основной причиной интолерантности к психофармакотерапии в рассматриваемой когорте больных являются психогенные нежелательные лекарственные реакции. Основным способом повышения переносимости психофармакотерапии у пациенток с климактерическим синдромом является психотерапевтическое потенцирование действия лекарственных препаратов.

Ключевые слова: климактерический синдром, психофармакотерапия, нежелательные лекарственные реакции.

Актуальность. Климактерический синдром (КС) – мультифакториальная болезнь нарушенной адаптации, характеризующаяся сочетанием психопатологических, вазовегетативных кардиоваскулярных, обменно-эндокринных и урогенитальных расстройств, развивающаяся у 18- 50% женщин в возрасте перименопаузы [Сметник В.П., Кулаков В.И., 2001]. Основными методами лечения КС на современном уровне знаний являются заместительная гормонотерапия и психофармакотерапия (ПФТ).

В литературе имеются многочисленные данные о недостаточной безопасности ПФТ у пациенток с КС. В работах [Александровский Ю.А., 2000; Сметник В.П., Кулаков В.И., 2001] подчеркивается, что больные с КС отличаются повышенной и извращенной чувствительностью к психотропным препаратам. Более того, по некоторым сведениям, нежелательные лекарственные реакции при применении психотропных средств могут приводить к ускорению манифестации КС. По мнению исследователей [Bernard L. et al., 2002], более раннее наступление менопаузы у женщин с затяжными депрессивными состояниями, получавших антидепрессанты и транквилизаторы, может быть связано с побочными эффектами ПФТ. Наличие подобной информации приводит многих практических врачей к крайней позиции – огульному, безоговорочному отрицанию полезности ПФТ для пациенток с КС.

В связи с вышеизложенным, **целью** настоящей работы было проанализировать причины интолерантности к ПФТ у пациенток с КС и наметить возможные пути их коррекции.

Материал и методы исследования. В условиях амбулаторной психиатрической службы ГУЗ «ВОКПНД» нами было обследовано 79 пациенток с непсихотическими тревожно-депрессивными расстройствами в структуре климактерического синдрома, удовлетворявших следующим критериям включения: 1) возраст 45- 65 лет; 2) наличие характерных для КС вегетативных расстройств («приливы»); 3) наличие тревожной и депрессивной симптоматики непсихотического уровня (общий балл по шкале депрессии Гамильтона в версии с 21 пунктом- 7- 27 баллов, общий балл по шкале тревоги Гамильтона не менее 8); 4) наличие временной связи между началом текущего депрессивного состояния и появлением других признаков климактерического синдрома. Исключались пациентки с ранее установленными диагнозами либо патогномичной симптоматикой маниакально-депрессивного психоза и шизофрении, с судорожными припадками в анамнезе, с выраженными когнитивными нарушениями, не позволяющими понять и выполнять требования протокола исследования. Всем обследованным пациенткам рандомизированно назначалась терапия одним из трех следующих антидепрессивных средств: пипофезин 75- 100 мг\сут (n=27), тианептин 37,5 мг\сут (n=26), сертралин 50 мг\сут (n=26). Сопутствующая терапия была представлена препаратами для лечения фоновой соматической патологии, назначенными врачами профильных специальностей; из психотропных средств допускалось применение только бензодиазепиновых транквилизаторов, гидроксизина и афобазола в течение первых 7 дней исследования с последующей литической отменой. Длительность наблюдения за больными составила 2 месяца. Основными методами исследования были клинко-психопатологический метод и клинко-фармакологический анализ медицинской документации.

Полученные результаты и их обсуждение. Назначенные пациенткам антидепрессивные средства имели различный механизм действия (пипофезин в данном отношении стоит ближе всего к трициклическим антидепрессантам, тианептин- селективный стимулятор обратного захвата серотонина, сертралин- селективный ингибитор обратного захвата серотонина), однако, все они обладают доказанной безопасностью при применении у больных с отягощенным соматическим фоном и низким потенциалом лекарственного взаимодействия. Тем не менее, у обследованных больных отмечались как достаточно выраженные нежелательные лекарственные реакции (НЛР), так и клинически значимые реакции лекарственного взаимодействия (РЛВ).

В таблице 1 отражена информация о НЛР, отмечавшихся на фоне терапии пипофезином.

Таблица 1

НЛР на фоне терапии пипофезином

НЛР	Число больных
Сонливость в дневное время	6
Тошнота	1
Головокружение	1
Головная боль	2
Сердцебиение	3
Сухость во рту	4
Парамедикаментозные (психогенные) НЛР	8
Всего пациенток с НЛР	10

У пациенток не отмечалось НЛР, которые могли бы быть расценены как серьезные. Проявления большинства НЛР соответствовали как наиболее часто встречающимся побочным эффектам пипофезина, так и симптомам самих тревожно-депрессивных расстройств и отмечавшейся у пациенток фоновой соматической патологии. Ни одна из наблюдавшихся НЛР не требовала медикаментозной коррекции, снижения дозировок или отмены применявшихся лекарственных средств.

В качестве парамедикаментозных НЛР мы интерпретировали разнообразные жалобы, возникавшие у пациенток в первые дни приема пипофезина, не соответствующие спектру ожидаемых побочных эффектов данного препарата и исчезающие после разъяснений врача без снижения дозировок или отмены пипофезина. Это были ощущение жжения в области языка после приема препарата, ощущение «комка» по ходу пищевода, возникавшее после приема препарата, учащение «приливов», усиление слабости и онемения в конечностях, усиление тревоги с чувством беспредметной паники. Обращает на себя внимание, что психогенные НЛР были наиболее частым их видом, который отмечался у 8 из 10 пациенток с НЛР.

В таблице 2 отражены данные о препаратах для лечения фоновой соматической патологии, которые получали пациентки в комбинации с пипофезином, и наблюдавшихся РЛВ пипофезина с данными препаратами.

РЛВ между пипофезином и препаратом для лечения фоновой соматической патологии наблюдались у 40,7% пациенток соответствующей группы. Однако, ни одна из РЛВ не привела к ухудшению состояния пациенток - они могли быть охарактеризованы как терапевтически выгодные (усиление гипогликемизирующего эффекта пероральных гипогликемических средств, снижение анксиогенного эффекта тироксина) либо нейтральные (усиление седативного действия липофильных бета-адреноблокаторов, снижение седативного действия пипофезина при его одновременном приеме с омепразолом).

Таким образом, основной причиной интолерантности к ПФТ пипофезином у пациенток с КС были парамедикаментозные (психогенные) НЛР.

Таблица 2.

РЛВ пипофезина и препаратов для лечения фоновой соматической патологии

Группа препаратов	Число больных	Реакция лекарственного взаимодействия
Нестероидные противовоспалительные средства	12	Не отмечалось
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента	11	Не отмечалось
Липофильные бета-адреноблокаторы	8	Потенцирование угнетающего ЦНС эффекта бета-адреноблокаторов (выраженная сонливость)
Антагонисты кальция	4	Не отмечалось
Диуретики	4	Не отмечалось
Нитраты	10	Не отмечалось
Ингибиторы протонной помпы (омепразол)	3	Снижение выраженности общеседативного эффекта пипофезина
Ферменты поджелудочной железы	9	Не отмечалось
Пероральные сахароснижающие средства	3	Усиление гипогликемического эффекта
Гормоны щитовидной железы	2	Уменьшение анксиогенного эффекта тироксина
Кальцитонин	4	Не отмечалось
Бисфосфонаты	5	Не отмечалось
Всего получали сопутствующую терапию		25
Из них с РЛВ		11

В таблице 3 отражена информация о НЛР, отмечавшихся на фоне терапии тианептином.

Таблица 3

НЛР на фоне терапии тианептином

НЛР	Число больных
Сонливость в дневное время	5
Немотивированное возбуждение	5
Сердцебиение	2
Бессонница	3
Сухость во рту	1
Парамедикаментозные (психогенные) НЛР	6
Всего пациенток с НЛР	6

У пациенток, получавших тианептин, не отмечалось НЛР, которые могли бы быть расценены как серьезные. Проявления большинства НЛР соответствовали как наиболее часто встречающимся побочным эффектам тианептина, так и

симптомам самих тревожно- депрессивных расстройств и отмечавшейся у пациенток фоновой соматической патологии. Наиболее частым видом НЛР в данной группе также были парамедикаментозные (психогенные) НЛР. Ни одна из наблюдавшихся НЛР не требовала медикаментозной коррекции, снижения дозировок или отмены применявшихся лекарственных средств.

В таблице 4 отражены данные о препаратах для лечения фоновой соматической патологии, которые получали пациентки в комбинации с тианептином, и наблюдавшихся РЛВ тианептина с данными препаратами.

Таблица 4.

РЛВ тианептина и препаратов для лечения фоновой соматической патологии

Группа препаратов	Число больных	Реакция лекарственного взаимодействия
Нестероидные противовоспалительные средства	11	Не отмечалось
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента	13	Не отмечалось
Липофильные бета-адреноблокаторы	6	Потенцирование угнетающего ЦНС эффекта бета-адреноблокаторов (сонливость)
Антагонисты кальция	5	Не отмечалось
Диуретики	6	Не отмечалось
Нитраты	9	Не отмечалось
Ингибиторы протонной помпы (омепразол)	4	Не отмечалось
Ферменты поджелудочной железы	10	Не отмечалось
Пероральные сахароснижающие средства	7	Усиление гипогликемического эффекта
Гормоны щитовидной железы	1	Уменьшение анксиогенного эффекта тироксина
Кальцитонин	4	Не отмечалось
Бисфосфонаты	5	Не отмечалось
Всего получали сопутствующую терапию		24
Из них с РЛВ		9

РЛВ тианептина с препаратами для лечения фоновой соматической патологии отмечались у 34,6% больных соответствующей группы. Однако, ни одна из РЛВ к ухудшению состояния пациенток- они могли быть охарактеризованы как терапевтически выгодные (усиление гипогликемизирующего эффекта пероральных гипогликемических средств, снижение анксиогенного эффекта тироксина) либо нейтральные (усиление седативного действия липофильных бета-адреноблокаторов).

Таким образом, основной причиной интолерантности пациенток с КС к терапии тианептином, как и в предыдущей группе, были парамедикаментозные (психогенные) НЛР.

В таблице 5 отражена информация о НЛР, отмечавшихся на фоне терапии сертралином

Таблица 5

НЛР на фоне терапии сертралином

НЛР	Число больных
Головные боли	15
Головокружение	9
Шум в ушах	3
Экстрапирамидные расстройства (тризм)	1
Акатизия	4
Усиление тревоги	6
Бессонница	5
Снижение аппетита	12
Тошнота	7
Боли в эпигастрии	6
Диарея	2
Отечность лица	1
Парамедикаментозные (психогенные) НЛР	8
Всего пациенток с НЛР	15

У пациенток не отмечалось НЛР, которые могли бы быть расценены как серьезные. Вместе с тем, из всех изучавшихся антидепрессантов сертралин чаще всего вызывал НЛР, проявления которых отмечались у большинства (57,7%) пациенток, принимавших данный препарат. В спектре НЛР на фоне терапии сертралином, в отличие от других изучавшихся антидепрессантов, преобладали не парамедикаментозные (психогенные) НЛР, а предсказуемые, фармакодинамические НЛР, обусловленные избыточной стимуляцией периферических рецепторов серотонина. Определенную настороженность вызывает также наличие единичных случаев потенциально опасных НЛР-элементов экстрапирамидных расстройств и отечности лица (последняя может интерпретироваться как начальные проявления синдрома неадекватной секреции АДГ). Часть из наблюдавшихся на фоне терапии сертралином НЛР потребовала медикаментозной коррекции, снижения дозировок или отмены применявшихся лекарственных средств. Так, 2 пациенткам с выраженными диспептическими расстройствами на фоне терапии сертралина был назначен метоклопрамид по 50 мг внутрь 3 раза в день на протяжении 7 дней. 3 пациенткам с выраженными нежелательными явлениями со стороны центральной нервной системы (головные боли, головокружение, шум в ушах) были увеличены дозы гипотензивных средств. 1 пациентке с выраженной отечностью лица был отменен препарат

сопутствующей терапии- диуретик фуросемид, взаимодействие которого с сертралином рассматривалось нами как возможная причина данного нежелательного явления. 1 пациентке с экстрапирамидными расстройствами (тризм) доза сертралина была снижена до 25 мг\сут. Всего медикаментозная коррекция НЛР проводилась у 26,9% данной группы. Следует подчеркнуть, что наблюдавшиеся НЛР были фармакодинамическими, характерным для селективных ингибиторов обратного захвата серотонина как группы, что требует особой осторожности при применении не только сертралина, но и других антидепрессантов с аналогичным механизмом действия в лечении пациенток с КС.

В Таблице 6 отражены данные о препаратах для лечения фоновой соматической патологии, которые получали пациентки в комбинации с сертралином, и наблюдавшихся РЛВ сертралина с данными препаратами

Таблица 6.

РЛВ сертралина и препаратов для лечения фоновой соматической патологии

Группа препаратов	Число больных	Реакция лекарственного взаимодействия
Нестероидные противовоспалительные средства	9	Не отмечалось (по данным литературы, имеется риск усиления кровоточивости)
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента	20	Не отмечалось
Бета- адреноблокаторы	8	Не отмечалось
Антагонисты кальция	6	Увеличение выраженности побочных эффектов сертралина у 1 пациентки (отмечались выраженная тошнота и боли в эпигастрии)
Диуретики	8	В 1 случае у пациентки, получавшей фуросемид, возникла отечность лица (начальные проявления синдрома неадекватной секреции АДГ)
Нитраты	7	Не отмечалось
Ингибиторы протонной помпы (омепразол)	5	Снижение выраженности побочных эффектов сертралина
Ферменты поджелудочной железы	9	Не отмечалось
Пероральные сахароснижающие средства	8	Усиление гипогликемического эффекта
Гормоны щитовидной железы	3	Уменьшение анксиогенного эффекта тироксина
Кальцитонин	3	Не отмечалось
Бисфосфонаты	7	Не отмечалось
Всего получали сопутствующую терапию		25
Из них с РЛВ		8

Из приведенных данных видно, что РЛВ с препаратами для лечения фоновой соматической патологии отмечались у 30,7% больных данной группы, что не превосходит распространенность НЛР у пациенток, получавших пипофезин и

тианептин. Большинство РЛВ представлялись терапевтически выгодными (усиление гипогликемизирующего эффекта пероральных гипогликемических средств, снижение анксиогенного эффекта тироксина).

Все же в 2 случаях РЛВ были терапевтически нежелательными. У 1 пациентки, получавшей антагонист кальция верапамил SR, в начале терапии сертралином отмечались выраженные диспептические расстройства, потребовавшие медикаментозной коррекции (был назначен метоклопрамид по 50 мг внутрь 3 раза в день на протяжении 7 дней). В дальнейшем при отмене метоклопрамида указанные нежелательные явления не возобновились, пациентка продолжила участие в исследовании и завершила его первый этап с удовлетворительным ответом на терапию. Ожидаемое взаимодействие между сертралином и верапамилем относится к фармакокинетическим и обусловлено снижением биотрансформации сертралина под влиянием верапамила.

Описанный выше случай появления у пациентки начальных признаков синдрома неадекватной секреции АДГ (отечность лица) может рассматриваться и как проявление РЛВ, поскольку указанная НЛР возникла после того, как пациентка, до этого в течение 2 недель получавшая сертралин, по собственной инициативе стала принимать фуросемид в дозе 40 мг\сут с целью снижения веса. После отмены фуросемида отечность лица прошла в течение нескольких дней. Предполагаемый механизм данной РЛВ относится к фармакодинамическим и заключается в том, что как сертралин, так и фуросемид способны нарушать секрецию АДГ, что при их одновременном приеме ведет к усилению выраженности нарушений его секреции.

Таким образом, в отличие от двух других исследованных антидепрессантов, основной причиной интолерантности к ПФТ сертралином у пациенток с КС были фармакодинамические НЛР. Кроме того, из применявшихся антидепрессивных средств только сертралин вызывал НЛР, требовавшие медикаментозной коррекции, и терапевтически нежелательные РЛВ.

Выводы.

1. Наиболее существенной причиной непереносимости психофармакотерапии у пациенток с климактерическим синдромом являются психогенные нежелательные лекарственные реакции, которые определяются не молекулярной структурой и механизмом действия применяемых психотропных средств, а исходными особенностями психического статуса больных (выраженная ипохондрическая фиксация с тенденцией к самоощажению). Основным способом преодоления данной причины интолерантности к психофармакотерапии является психотерапевтическое потенцирование действия лекарственных средств, при котором наиболее частые побочные действия используемого препарата

интерпретируются в позитивном ключе, как признак скорого наступления желаемого терапевтического эффекта.

2. Переносимость психофармакотерапии антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина у пациенток с климактерическим синдромом снижается также за счет фармакодинамических нежелательных лекарственных реакций, обусловленных избыточной стимуляцией периферических рецепторов серотонина, и реакций лекарственного взаимодействия с препаратами для лечения фоновой соматической патологии. Основными способами данных причин интолерантности к психофармакотерапии являются адекватная медикаментозная коррекция возникающих нежелательных лекарственных реакций и оптимизация фармакотерапии как психических расстройств, так и соматического фона, проводимая, при необходимости, с участием врача- клинического фармаколога.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А.Александровский // М.: Медицина, 2000- 496 с.
2. Сметник В.П. Руководство по климактерию / В. П.Сметник, В.И.Кулаков // М.: МИА, 2001 – 685 с.
3. Bernard L. Factors associated with early menopause / L.Bernard, B.L.Harlow // Maturitas- 2002- Vol.42, suppl. 1- P. 87-93

Abstract.

D.L. Shapovalov, O.Yu. Shiryayev, E.L. Ponomareva, E.M. Zaitseva, G.A. Zatsepina
A PROBLEM OF INTOLERABILITY OF PSYCHOTROPIC MEDICATION IN
PERIMENOPAUSAL WOMEN

Chair of psychiatry N.N.Burdenko Voronezh State Medical Academy; Voronezh Regional
Clinical Psychoneurological Dispensary

In this study, factors causing intolerability to psychotropic medications in perimenopausal women are analyzed. It is established that psychogenic adverse events is the main of these factors. Psychotherapeutic potentiation of drug effects may increase the tolerability of psychotropic medications in this cohort of patients.

Keywords: adverse events, perimenopausal women, psychotropic medications.

References

1. Alexandrovskiy Yu. A. Borderline Mental Disorders. M., Meditsina, 2000, 496 p.
2. Smetnik V.P., Kulakov V.I. Guide on Climacterium. M., MIA, 2001- 685 p
3. Bernard L. Factors associated with early menopause / L.Bernard, B.L.Harlow // Maturitas- 2002- Vol.42, suppl. 1- P. 87-93

*Д.Л. Шаповалов, О.Ю. Ширяев, И.Н. Карник,
О.И. Калачева, Е.В. Черенкова*

**НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РЕКУРРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ У
ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

*Каф. психиатрии с наркологией и психиатрии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко.
Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер.*

Резюме. В статье проведен анализ биологических, характерологических и социодемографических детерминант непсихотических рекуррентных депрессий у пациенток с климактерическим синдромом. Авторы делают вывод о том, что указанные состояния являются декомпенсациями личностных особенностей астенического круга в условиях затяжной психотравмирующей ситуации и менопаузальных эндокринных сдвигов.

Ключевые слова: рекуррентные депрессии, климактерический синдром.

Актуальность. По данным современных литературных источников [Попов А.А. и соавт., 2005; Барденштейн Л.М. и соавт., 2005; Торчинов А.М. и соавт., 2006; Schnatz P.F. et al., 2005], распространенность непсихотических депрессивных расстройств у пациенток с климактерическим синдромом (далее- КС) составляет 65- 100%. Данные расстройства вступают в сложные соматопсихические и психосоматические взаимосвязи с другими компонентами КС, что делает повышение эффективности их лечения актуальной задачей не только для психиатрии, но и (учитывая высокую распространенность климактерического синдрома)- для общей медицинской практики. Повышение эффективности терапии данных состояний подразумевает, прежде всего, создание их клинической типологии, которая могла бы служить обоснованием для адекватного подбора фармакотерапии.

В частности, у пациенток с КС и текущей коморбидной депрессивной симптоматикой нередко отмечают депрессивные эпизоды в анамнезе. Согласно действующей операциональной систематике МКБ- 10, используемых и в современных работах российских исследователей [Барденштейн Л.М. и соавт., 2005; Торчинов А.М. и соавт., 2006; Хархарова М.А., 2007], подобные состояния квалифицируются как рекуррентное депрессивное расстройство, что в понимании обычного практикующего врача является синонимом маниакально- депрессивного психоза с униполярным течением. Однако, высокая распространенность подобных состояний не позволяет отнести все их случаи к маниакально- депрессивному психозу или циклотимии. Таким образом, вопрос о нозологической принадлежности рекуррентных униполярных депрессий у пациенток с КС требует дальнейшего изучения.

Цель работы – уточнить биологические, характерологические и социальные детерминанты развития рекуррентных униполярных депрессий у пациенток с климактерическим синдромом.

Материал и методы исследования. На базе амбулаторной психиатрической службы ГУЗ «ВОКПНД» нами было обследовано 26 пациенток с климактерическим синдромом, имевших в анамнезе депрессивные эпизоды и удовлетворявших следующим критериям включения: 1) возраст 45- 65 лет; 2) наличие характерных для КС вегетативных расстройств («приливы»); 3) наличие тревожной и депрессивной симптоматики непсихотического уровня (общий балл по шкале депрессии Гамильтона в версии с 21 пунктом- 7- 27 баллов, общий балл по шкале тревоги Гамильтона не менее 8); 4) наличие временной связи между началом текущего депрессивного состояния и появлением других признаков климактерического синдрома. Исключались пациентки с ранее установленными диагнозами либо патогномоничной симптоматикой маниакально- депрессивного психоза и шизофрении, с судорожными припадками в анамнезе, с выраженными когнитивными нарушениями, не позволяющими работать с применяемыми в исследовании экспериментально- психологическими методиками. Больные однократно обследовались с использованием следующих методов: 1) клинко-психопатологического, включавшего также анализ анамнестических данных и определение некоторых социодемографических характеристик (занятость, семейное положение, образовательный уровень); 2) стандартизированных оценочных шкал депрессии Гамильтона с 21 пунктом (HDRS) и тревоги Гамильтона (HARS); 3) опросника Олдхэма- Морриса (далее- ООМ) для выявления акцентуаций характера по 14 типам, используемым в систематике расстройств личности, общепринятой в англоязычных странах (ананкастному, нарциссическому, истерическому, паранойяльному, эмоционально-неустойчивому, зависимому, шизоидному, шизотипическому, пассивно-агрессивному, тревожному, диссоциальному, мазохистическому, садистическому и депрессивному); 4) опросника «Индекс жизненного стиля» (далее- ИЖС) для оценки напряженности механизмов психологической защиты- косвенного показателя интенсивности актуальной психотравмы и качества ее личностной переработки. Статистическая обработка проводилась с использованием обычных методов описательной статистики и непараметрического метода корреляционного анализа по Кендаллу.

Полученные результаты и их обсуждение. При анализе анамнестических данных обследованных пациенток было установлено, что во всех случаях пациентки связывали ранее перенесенные депрессивные эпизоды с актуальными на тот момент психотравмирующими ситуациями, такими как пьянство мужа, болезнь ребенка, конфликтные ситуации на работе. В структуре перенесенных

депрессивных состояний гипотимия сочеталась с генерализованной либо пароксизмальной (кардиофобия, инсультофобия) тревогой и диссоциативными расстройствами- астазией- абазией, ознобоподобным тремором, элементами психогенной амнезии. У 15 (57,7%) пациенток первый депрессивный эпизод отмечался в возрасте 30- 35 лет, у 11 (42,3%)- в возрасте 40- 45 лет. Единственный депрессивный эпизод в анамнезе наблюдался у 7 больных (26,9%), более одного депрессивного эпизода- у 19 (73,1%). По поводу перенесенных депрессивных эпизодов все пациентки обращались за врачебной помощью, при этом, 13 больных (50%) лечились у врачей соматических специальностей, 8 больных (30,8%) получали психотерапевтическую помощь в частном порядке и 5 больных (19,2%) обращались в учреждения государственной психиатрической службы. По результатам анализа архивной медицинской документации, данным больным устанавливались следующие диагнозы: невращения- 2 пациентки, смешанное тревожное и депрессивное расстройство- 1 пациентка, истерический невроз- 1 пациентка, кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации- 1 пациентка.

При оценке распространенности стигм перинатального поражения ЦНС, психоэндокринных расстройств и невротического реагирования на перенесенные стрессы была выявлена высокая распространенность стигм перинатального поражения ЦНС. Так, у 75% пациенток в анамнезе отмечались выраженные ночные страхи в дошкольном возрасте, у 61%- невротические реакции в виде тикозных движений, у 18%- эпизоды снохождения и сноговорения неэпилептической природы, у 10%- неврозоподобный энурез. Неполноценность центральной регуляции вегетативных и эндокринных функций, связанная с ранним органическим поражением ЦНС, в дальнейшем проявлялась синдромом нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу (82% больных), предменструальным синдромом (69%), синдромом гипоталамической дисрегуляции в пубертатном периоде (12%). Весьма распространено было и невротическое реагирование на широкий круг стрессовых ситуаций. Так, отдельные конверсионные симптомы («комок в горле», диссоциативная анестезия, психогенная гипервентиляция) в стрессовых ситуациях в анамнезе отмечались у 92% пациенток, алгии без органической основы (абдоминалгия, фибромиалгия, дорсалгия)- у 78%, психогенные тошнота и рвота- у 73%, вестибуло- атактические расстройства- у 25%, психогенный субфебрилитет- у 21%. Таким образом, весь анамнез жизни пациенток характеризовался явлениями «психопатологического диатеза», вероятно, обусловленного перинатальным поражением ЦНС.

При анализе социодемографических показателей пациенток оказалось, что 68% обследованных больных имели неполное среднее, среднее или среднее специальное образование (высшее имели лишь 32%). На пенсии по возрасту

находились 7% больных, а 93% пациенток на момент обследования имели постоянное место работы. Однако, более чем у половины работающих пациенток (43% общего числа обследованных) трудовая адаптация была сугубо формальной: они выбирали работу, не соответствующую полученному образованию, по принципу близости к дому, большего удобства для решения семейных проблем. В материальном плане эти больные полностью зависели от мужей или родителей. Таким образом, полученные нами данные подтверждают роль низкого образовательного уровня и низкого уровня профессиональной адаптации как факторов, предрасполагающих к развитию психических расстройств в структуре КС.

При анализе характеристик семейной адаптации оказалось, что 47% пациенток на момент обследования состояли в браке, 24% были разведены, 29% были вдовами. Существенно, что у 54% обследованных в анамнезе отмечался развод, у 21% - более одного развода, что свидетельствует о тенденции к формированию устойчивого дисфункционального паттерна семейных отношений. Существующие отношения в семье большинство пациенток оценивали как «очень хорошие». При анализе содержания, вкладываемого пациентками в эту характеристику, оказалось, что у пациенток, оценивавших отношения в семье как «очень хорошие», неизменно имелся близкий родственник (муж, родитель, взрослый сын) с гиперпротективным поведением в отношении пациентки. Это позволяло последней строить общение с окружающими по принципу «выученной беспомощности» с тенденцией к перекладыванию на гиперпротективного родственника всех ответственных решений, паническим реагированием в ситуациях неопределенности. Возможность разрыва зависимых отношений (тяжелая болезнь родителей, реальная или предполагаемая измена мужа, создание ребенком собственной семьи) воспринималась пациентками как экзистенциальная катастрофа и закономерно приводила к манифестации тревожно-депрессивной симптоматики. Таким образом, результаты проведенного нами анализа свидетельствует о том, что к развитию психических расстройств у пациенток с КС предрасполагает не только семейный дистресс, но и гиперпротективное поведение близких, которое способствует утяжелению аффективных и невротоподобных расстройств, их «обрастанию» конверсионной симптоматикой и явлениями «выученной беспомощности».

При анализе временных связей между психотравмой и манифестацией психических расстройств оказалось, что у 64% пациенток манифестации текущего депрессивного состояния предшествовала какая-либо личностно-значимая стрессовая ситуация. Наиболее часто отмечались такие стрессовые ситуации (в порядке убывания), как угроза развода, тяжелая болезнь родственника или близкого друга, смерть родственника или близкого друга, создание взрослым

ребенком своей семьи, ведущее к осложнению отношений с матерью, ятрогении. Таким образом, актуальная психотравмирующая ситуация выступала производящим фактором манифестации текущего депрессивного состояния у большинства пациенток.

Оценка напряженности незрелых механизмов психологической защиты личности с использованием опросника ИЖС позволяет в какой-то мере количественно выразить взаимосвязи между актуальной психотравмой и имеющейся психопатологической симптоматикой. Оказалось, что у 90% обследованных отмечалась высокая (более 70 перцентилей) напряженность незрелых защитных механизмов- отрицания, вытеснения и регрессии, что свидетельствует о высокой актуальности психотравмирующих ситуаций, а также о низком уровне адаптационных личностных ресурсов пациенток, предопределяющем выбор незрелых форм реагирования на стресс.

При анализе взаимозависимостей между показателями выраженности психопатологической симптоматики и напряженностью отдельных механизмов психологической защиты были обнаружены 3 статистически достоверные ($p < 0,05$) корреляционные взаимосвязи средней силы между показателями выраженности симптомов тревоги, симптомов депрессии и показателями «Отрицание», «Вытеснение», «Регрессия» ИЖС. Обнаружение данных взаимосвязей подтверждает роль актуальной психотравмы в манифестации депрессивных эпизодов у пациенток с рекуррентными депрессиями, коморбидными с КС.

Уже приведенный объем анамнестических сведений позволяет предположить наличие у обследованных больных аномальных личностных особенностей астенического круга, проявлявшихся склонностью к невротическому, с соматопатическим акцентом, реагированию на широкий круг вредностей. В условиях длительных, личностно значимых психотравмирующих ситуаций, а также связанного с менопаузой дефицита эстрогенов данные особенности декомпенсировались, что проявлялось развитием повторных аффективных (депрессивных) фаз.

Результаты исследования личностных особенностей пациенток с использованием ООМ подтверждают данное предположение. У всех обследованных отмечались признаки выраженной акцентуации (балл по соответствующей шкале 9 и более) хотя бы по одному из типов, определяемых ООМ. Наиболее часто встречались эмоционально- неустойчивый и тревожный типы акцентуаций. В то же время, ни у одной пациентки не было выявлено акцентуаций по депрессивному, шизоидному и шизотипическому типам. Данный факт может свидетельствовать о том, что указанные варианты личностных особенностей при патологическом течении климактерия предрасполагают не к

развитию непсихотических тревожно-депрессивных расстройств, а к манифестации эндогенной психической патологии.

Выводы. Проведенный анализ свидетельствует о том, что непсихотические рекуррентные депрессивные состояния у пациенток с патологическим течением климактерия являются конституционально-обусловленными. Однако, они относятся не к кругу эндогенных психических заболеваний (циклотимии), а к вариантам динамики личностных аномалий астенического круга в условиях затяжных психотравмирующих ситуаций и обусловленных климактерием эндокринных сдвигов. Конституциональная природа данных расстройств подразумевает соответствующую стратегию фармакотерапии-больные нуждаются в длительном поддерживающем лечении антидепрессантами для профилактики рецидивов депрессивного состояния.

Литература.

1. Барденштейн Л.М. Клиническая типология депрессивных расстройств у женщин в перименопаузальном периоде / Л.М. Барденштейн, А.М. Торчинов, М.М. Умаханова, М.А. Хархарова, С.В. Сухоручко // Аллергология и иммунология- 2005- Т.6, №2- С. 269
2. Попов А.А. Депрессивные нарушения у женщин с менопаузальным синдромом / А.А. Попов, Н.В. Изможерова, А.Н. Андреев, К.Ю. Ретюнский, А.В. Акимова // Проблемы репродукции- 2005- №1- С. 17-18
3. Торчинов А.Н. Современные аспекты депрессивных расстройств у женщин в перименопаузе / А.М. Торчинов, Л.М. Барденштейн, М.М. Умаханова, М.А. Хархарова // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов- 2006- № 3- С. 34-38
4. Хархарова М.А. Комплексная терапия депрессивных расстройств непроцессуального генеза у больных с климактерическим синдромом / Хархарова М.А. // Автореферат дисс....канд. мед. наук. М., 2007- 24 с
5. Schnatz P.F. Menopausal symptoms in clinical population: a pilot study / P.F. Schnatz, A.E. Banever, J.F. Greene // Menopause- 2005- Vol.12, No.5- P.623-629

Abstract.

**D.L. Shapovalov, O.Yu. Shiryaev, I.N. Karpik, O.I. Kalatcheva, E.V. Cherenkova
NOSOLOGY OF NON-PSYCHOTIC RECURRENT DEPRESSIONS
IN PERIMENOPAUSAL WOMEN**

Chair of psychiatry N.N.Burdenko Voronezh State Medical Academy; Voronezh Regional
Clinical Psychoneurological Dispensary

In this study, biological, personal and socio- demographic determinants of non- psychotic recurrent depressions in perimenopausal women were analyzed. Authors suggest that recurrent depressions in perimenopausal women can be interpreted as decompensations of asthenic personalities during unescapable distress and endocrine disturbances.

Keywords: recurrent depressions, perimenopausal women

References

1. Bardenstein L.M. et al. Clinical types of depressions in perimenopausal women. Allergologia i Immunologia- 2005- Vol.6, No.2- P.269
2. Popov A.A. et al. Depressive disorders in menopausal women. Problemy reprodukcii- 2005- No.1- P.17-18
3. Torchinov A.N. et al. Modern aspects of depressions in perimenopausal women. Journal Rossiyscogo obshestva akusherov- gynecologov- 2006- No.3- P.34-38
4. Kharkharova M.A. Combined treatment of non- schizophrenic depressive disorders in symptomatic menopausal women. M., 2007, 24 p.
5. Schnatz P.F. Menopausal symptoms in clinical population: a pilot study / P.F. Schnatz, A.E. Banever, J.F. Greene // Menopause- 2005- Vol.12, No.5- P.623-629.

О.Ю. Ширяев, В.Т. Зайцев, К.М. Резников

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Резюме. В работе рассмотрены некоторые стороны патогенеза болезни Альцгеймера и высказана гипотеза о лечебном действии димексида.

Ключевые слова: бета-амилоид, болезнь Альцгеймера, димексид.

Болезнь Альцгеймера обычно диагностируется у людей старше 65 лет [1]. Во всём мире (на 2006 год) этой патологией страдает 26,6 млн. человек, а по прогнозам на 2050 год их количество может увеличиться в 4 раза [2]. Средняя продолжительность жизни после установления диагноза в среднем составляет около семи лет [8]. Отсутствие полной ясности в патогенезе заболевания и эффективных лекарственных средств для его лечения делают проблему чрезвычайно актуальной.

Не останавливаясь на клинических проявлениях заболевания уместно рассмотреть его основные причины и патофизиологические механизмы, которые могут обосновать применение для лечения тех или иных средств. Одной из причин, приводящих к заболеванию, является снижение синтеза ацетилхолина «холинэргическая гипотеза», однако применение соответствующих препаратов, способных снизить дефицит этого медиатора, оказалось недостаточно эффективным. С 1991 года существует «амилоидная гипотеза», в соответствии с которой, основной причиной заболевания является отложение бета-амилоида в тканях мозга [3,9].

Болезнь Альцгеймера является протеинопатией, связанной с накоплением в тканях мозга конформационно изменённых белков: бета-амилоида и тау-белка [5]. Бета-амилоидные нити слипаются в межклеточном пространстве [11] в плотные образования (сенильные бляшки), вызывающие нейрональную дегенерацию, вследствие нарушения гомеостаза кальция в клетке, что провоцирует их апоптоз.

При болезни Альцгеймера тау-белок подвергается избыточному фосфорилированию, вследствие чего нити белка связываются друг с другом, слипаются в нейрофибриллярные клубки внутри клеток и разрушают транспортную систему (микротрубочки) нейрона [6].

Подтверждением большой роли бета-амилоида и тау-белка в возникновении болезни Альцгеймера, является обнаружение их в большом количестве в спинномозговой жидкости таких пациентов [7]. Следовательно, эта болезнь характеризуется наличием нерастворимых соединений внутри и снаружи нейронов, которые разрушают их в определённых участках мозга, особенно в таких, как височные доли.

Применение с лечебной целью антихолинэстеразных средств (галантамин, донепизил, ривастигмин) или ингибитора глутаматных NMDA- рецепторов (мемантин) позволило выявить едва заметную клиническую эффективность [11] так же, как и длительное назначение антипсихотиков. Имеются данные о положительном эффекте при болезни Альцгеймера тетраметилтионина хлорида, ингибирующего агрегацию тау-белка [4] и антигистаминного препарата димебона.

Поскольку бета-амилоид и тау-белок нерастворимы в воде, то их трудно вывести из организма и прекратить разрушающее действие на нейроны. Эффективными и безвредными растворителями являются некоторые гидротопы. Известно [12] что в Московском НИИ ревматизма разработан способ лечения вторичного амилоидоза почек путём растворения амилоидного белка димексидом (диметилсульфоксид). Его применяли в разведённом состоянии (10-15 раз) по столовой ложке внутрь с каждым приёмом пищи.

Димексид – эффективный гидротоп, обладающий противовоспалительным действием и способный проникать через биологические мембраны без их повреждения. Он проникает через гематоэнцефалический барьер и может воздействовать на конформационно изменённые белки - бета-амилоид и тау-белок и превращать их в мелкодисперсные частицы, доступные для ферментов (протеиназ). После этого они могут реутилизироваться или легче выделяться из организма, а их отрицательное действие на нейроны прекратится.

Нами разработан состав смеси, включающей димексид, и способ применения её внутрь и в виде транспортной трансдермальной системы через кожу. Положительная апробация при приёме внутрь указанной смеси при болезни Альцгеймера даёт надежду на появление средства и способа остановки прогрессирования этого заболевания. Следует отметить также тот факт, что димексид может быть донором сульфоксида (SO) для клеток печени, что повысит её антитоксическую функцию.

Литература:

1. Brookmeyer R., Gray S., Kawas C. Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset // Am J Public Health. – Vol.88, №9. – P.1337–1342.
2. Brookmeyer R., Johnson E., Ziegler-Graham K., Arrighi M.H. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease // Alzheimer's and Dementia. 2007. – Vol. 3, №3 P.186–191.
3. Hardy J., Allsop D. Amyloid deposition as the central event in the aetiology of Alzheimer's disease. – 1991. – Trends. Pharmacol. – Vol.12, №10. – P.383–388.
4. Harrington C., Rickard J.E., Horsley D. et al. Methylthioninium chloride (MTC) acts as a Tau aggregation inhibitor (TAI) in a cellular model and re-verses Tau pathology in transgenic mouse models of Alzheimer's disease // Alzheimer's and Dementia. – 2008. – Vol. 4. – T.120–121.

- 5.Hashimoto M., Rockenstein E., Crews L., Masliah E. Role of protein aggregation in mitochondrial dysfunction and neurodegeneration in Alzheimer's and Parkinson's diseases // *Neuromolecular Med.* – 2003. – Vol.4. – №1–2. – P.21–36.
- 6.Iqbal K., Alonso Adel C., Chen S., et al. Tau pathology in Alzheimer disease and other tauopathies. // *Biochim. Biophys. Acta.* – 2005. – Vol.1739(2-3). – P.198–210.
- 7.Marksteiner J., Hinterhuber H., Humpel C. Cerebrospinal fluid biomarkers for diagnosis of Alzheimer's disease: beta-amyloid(1-42), tau, phospho-tau-181 and total protein. // *Drugs Today.* – 2007. – Vol.43, №6. – P.423–431.
- 8.Molsa P.K., Marttila R.J., Rinne U.K. Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia // *Acta Neurol. Scand.* – Vol. 74, №2. – P.103–107.
- 9.Mudher A., Lovestone S. Alzheimer's disease-do tauists and baptists finally shake hands? // *Trends Neurosci.* – 2002. – Vol.25,№1. – P.22–26.
- 10.Raina P., Santaguida P., Ismaila A. et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline // *Annals of Internal Medicine.* – 2008. –Vol.148, №5. – P.379–397.
- 11.Tiraboschi P., Hansen L.A., Thal L.J., Corey-Bloom J. The importance of neuritic plaques and tangles to the development and evolution of AD. // *Neurology.* – 2003. – Vol.62, №11. P.1984–1989.
- 12.Сигидин Я. Атака на ревматизм. Новые препараты, новая стратегия // *Наука и жизнь.* – 1990. – №2.

Abstract.

O.Ju. Shiryaev, V.T. Zaitsev, K.M. Reznikov

POSSIBLEWAYS OF TREATMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE

N.N.Burdenko Voronezh state medical academy

In work some aspects of patogenesis of Alzheimer's diseaseare considered and the hypothesis about medical action of dimethyl sulfoxide is stated

Key words: beta-amyloid, Alzheimer's disease, dimethyl sulfoxide.

References.

- 1.Brookmeyer R., Gray S., Kawas C. Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset // *Am J Public Health.* – Vol.88, №9. – P.1337–1342.
- 2.Brookmeyer R., Johnson E., Ziegler-Graham K., Arrighi M.H. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease // *Alzheimer's and Dementia.* 2007. – Vol. 3, №3 P.186–191.
- 3.Hardy J., Allsop D. Amyloid deposition as the central event in the aetiology of Alzheimer's disease. – 1991. – *Trends. Pharmacol.* – Vol.12, №10. – P.383–388.
- 4.Harrington C., Rickard J.E., Horsley D. et al. Methylthioninium chloride (MTC) acts as a Tau aggregation inhibitor (TAI) in a cellular model and re-verses Tau pathology in transgenic mouse models of Alzheimer's disease // *Alzheimer's and Dementia.* – 2008. – Vol. 4. – T.120–121.
- 5.Hashimoto M., Rockenstein E., Crews L., Masliah E. Role of protein aggregation in mitochondrial dysfunction and neurodegeneration in Alzheimer's and Parkinson's diseases // *Neuromolecular Med.* – 2003. – Vol.4. – №1–2. – P.21–36.

6. Iqbal K., Alonso Adel C., Chen S., et al. Tau pathology in Alzheimer disease and other tauopathies. // *Biochim. Biophys. Acta.* – 2005. – Vol.1739(2-3). – P.198–210.
7. Marksteiner J., Hinterhuber H., Humpel C. Cerebrospinal fluid biomarkers for diagnosis of Alzheimer's disease: beta-amyloid(1-42), tau, phospho-tau-181 and total protein. // *Drugs Today.* – 2007. – Vol.43, №6. – P.423–431.
8. Molsa P.K., Marttila R.J., Rinne U.K. Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia // *Acta Neurol. Scand.* – Vol. 74, №2. – P.103–107.
9. Mudher A., Lovestone S. Alzheimer's disease-do tauists and baptists finally shake hands? // *Trends Neurosci.* – 2002. – Vol.25, №1. – P.22–26.
10. Raina P., Santaguida P., Ismaila A. et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline // *Annals of Internal Medicine.* – 2008. – Vol.148, №5. – P.379–397.
11. Tiraboschi P., Hansen L.A., Thal L.J., Corey-Bloom J. The importance of neuritic plaques and tangles to the development and evolution of AD. // *Neurology.* – 2003. – Vol.62, №11. P.1984–1989.
12. Sigidin Ya. Attack of rheumatism. New drugs. New strategy // *Nauka I zhizn.* – 1990. – №2.

Ю.В. Юров, Д.А. Расчепеев, С.С. Сидорина, М.Ю. Бердышева
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Каф. психологии и педагогики Воронежского государственного педагогического университета

Резюме. В работе оцениваются психологические особенности пациентов травматологического профиля. Показано, что уровень тревоги пациентов с травмами, которые нуждаются не в дальнейшем хирургическом лечении, не отличается от уровня тревоги лиц группы контроля, в то время как у пациентов, нуждающихся в дальнейшем хирургическом лечении, имеются признаки тревоги (так называемый невроз ожидания). Сделан вывод относительно потребности дальнейшего изучения связи между неадекватным отношением к любой болезни и социальным типом и целесообразности использования рациональной психотерапии при рассмотрении пациентов травматологического профиля.

Ключевые слова: стресс, психотравма, тревожность личностная и реактивная, нозогения, тип отношения к болезни, социальный тип личности.

Актуальность. В настоящее время высокий уровень травматизма среди населения является общепризнанной клинической и психологической реальностью. В настоящее время проблема травматизма населения является одной из самых актуальных проблем здравоохранения – по-прежнему, вот уже в течение нескольких десятилетий, смертность от травм стоит на первом месте, а инвалидность по поводу последствий травматизма занимает одно из ведущих мест. Лечение травм является задачей медицинской хирургической отрасли – травматологии. Однако, кроме специализированной помощи, существует проблема реабилитации больных травматологического профиля и проблема подготовительного предоперационного периода. Следует помнить, что травма является стрессовым фактором для человека, и здесь немаловажную роль играет избыток в крови гормона адреналина – "гормона тревоги". Адреналин – гормон мозгового слоя надпочечников. Поступая в кровь, он повышает потребление кислорода органами и тканями, участвует в мобилизации гликогена для дальнейшего распада с освобождением энергии, что приводит к увеличению содержания глюкозы в крови, стимулирует обмен веществ, повышает артериальное давление, учащает сердцебиение, ускоряет ритм дыхания, замедляет перистальтику кишечника и многое другое. При эмоциональных переживаниях содержание адреналина в крови увеличивается – его становится больше нормы, а затем в фазе истощения уменьшается ниже нормы – и то, и другое осложняет течение соматической болезни, если таковая имеется. Адреналин еще называют "гормоном адаптации", так как в адаптационном синдроме (стрессовом) он играет центральную роль. Адаптация – это динамический процесс, благодаря которому

подвижные системы живых организмов, несмотря на изменчивость условий, поддерживают устойчивость, необходимую для существования, развития и продолжения рода. Благодаря процессу адаптации достигается сохранение гомеостаза при взаимодействии с внешним миром. При этом психический компонент адаптационного синдрома можно рассматривать относительно отдельно как "психическую адаптацию". Психическую адаптацию рассматривают как результат деятельности целостной самоуправляемой системы, учитывая ее системную организацию. При этом максимально возможное удовлетворение актуальных потребностей является важным критерием эффективности адаптационного процесса. Психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности требованиям окружающей среды. Различают два типа стресса (адаптационного синдрома): 1. Эустресс – это позитивный стресс, тренирующий защитные механизмы организма, способствующие расширению ресурсов, резервов человека. Положительный стресс полезен для организма. Его уровень определяется индивидуальными особенностями и опытом личности. 2. Дистресс – негативный стресс, сопровождающийся эмоциональными нарушениями. Дистресс может приводить в результате к депрессии, снижению психологического жизненного тонуса, к отказу от борьбы и даже к суициду. При рассмотрении психологического стресса важно выделять воздействия среды и устойчивость индивида к этим влияниям. Дистресс может быть вызван: чрезмерной силой, большой продолжительностью действия раздражителя, дефицитом времени, нарушением биологических ритмов, изменением условий жизни (экзогенные факторы) и отношением человека к этим воздействиям (недостаток информации о возможностях положительного решения возникшей проблемы, что провоцирует тревогу, страх, чувство беспомощности – эндогенные факторы). Поэтому преодолению стресса способствует: позитивный опыт решения возникающих проблем (обучение, тренинг), поддержка со стороны социальной среды, наличие достаточных сил и возможностей для преодоления стресса, включая положительный эмоциональный настрой. Существенная роль в развитии психологического стресса принадлежит субъективным факторам (мотивации, установкам, ожиданиям, ценностям). Стресс – это тяжелое испытание. Но психологическая травма – это больше, чем просто дистресс и бывает еще тяжелее. Это похоже на кошмарный сон, от которого трудно пробудиться. Человек, получивший психотравму, вновь и вновь возвращается к пережитому. Полученная психотравма меняет видение настоящего, прошлого и будущего. Происходит деление событий на "до ..." и "после...". Далеко не каждый такой больной находит в себе силы бороться не только с физическими, но и с

сопутствующими психологическими проблемами. Далеко не каждый способен воспринять стресс не как дистресс, а как эустресс.

Целью являлось исследование психологических особенностей больных, находящихся на стационарном лечении травматологического отделения, нуждающихся в ближайшем оперативном хирургическом вмешательстве и ненуждающимся. А именно: **ВЫЯВЛЕНИЕ ОБЩИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВЫШЕННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ** у этих лиц, несмотря на различие их социальных типов, типов отношения к болезни и особенностей личностной (нереактивной) тревожности, которая наблюдалась до травматизации. Психологический смысл данной цели и поставленных задач заключается в том, чтобы в дальнейшем подтвердить найденную общую особенность тревожности у этих больных для дальнейшего создания способа универсальной психокоррекции, а на его основе затем перейти к разработке частных случаев психокоррекции в зависимости от социального типа и типа отношения к болезни.

Материал и методы исследования. На базе травматологического отделения 2 клинической больницы города Воронежа было обследовано 30 человек. Из них: 10 человек (мужчины и женщины в возрасте 20–40 лет) – больные травматологического профиля, находящиеся на стационарном лечении в условиях травматологического отделения, с назначением оперативного хирургического вмешательства в ближайшие 5–7 дней (группа В); 10 человек (мужчины и женщины в возрасте 20–40 лет) – больные травматологического профиля, находящиеся на стационарном лечении в условиях травматологического отделения без показаний к оперативным хирургическим вмешательствам по данному профилю заболевания (группа А). Все больные обеих групп поступили на лечение в указанное травматологическое отделение с травмами сроком давности 2–4 дня на момент начала данной исследовательской работы. Третья – группа К (контроля) включила в себя 10 человек, физически здоровых, в возрасте 20–40 лет, подобранные для исследования по методу свободной выборки из работающего персонала данного отделения.

Использованы следующие методы: 1. Клинико-психопатологический, психологическое наблюдение и беседа – для определения особенностей психического статуса и социального типа личности по А. Аугустинавичюте. 2. Психодиагностические методы: психологическое исследование с использованием Личностного Опросника Бехтеревского Института (ЛОБИ) – для определения типа отношения к болезни; методики диагностики самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина – для определения реактивной тревожности; методики измерения уровня тревожности Тейлора в адаптации Т.А. Немчилова и дополнении В.Г. Норакидзе (шкалой лжи) – для определения уровня личностной тревожности; методика

ранних воспоминаний по А.Адлеру – для уточнения самовосприятия ситуации и ассоциирования ее с уже пережитым опытом.

Полученные результаты и их обсуждение. При исследовании уровня реактивной тревожности с помощью методики Спилберга-Ханина самые высокие баллы – от 38 до 52 – показали лица группы В (средний балл 41,7), в которую вошли больные травматологического отделения с предстоящими хирургическими вмешательствами в ближайшие 5–7 дней. Второе место заняла группа К (контроля) – физически здоровые лица из работающего медперсонала – от 13 до 35 баллов (средний балл 28). На последнем месте оказалась группа А, состоящая из больных, не ожидающих предстоящих хирургических вмешательств в ближайшее время – от 15 до 30 баллов (средний балл 23,6).

По методике Тейлора исследовался уровень личностной тревожности, который дал следующие результаты. Первое место также заняла группа В (от 31 до 49 баллов, средний балл – 40,2), на втором – также группа А (от 14 до 49, средний балл – 22,2), последнее – группа К (от 9 до 34, средний балл – 22,8).

При клинико-психопатологическом обследовании высокий уровень тревожности определялся у лиц группы В. У них наблюдались признаки эмоциональной напряженности, снижения настроения, выраженная вегетативная симптоматика при затрагивании темы о предстоящей операции, опасения за неблагоприятный ее исход и страхи перед необходимостью переживаний постоперационных физических болей. Родственники этих больных отмечали, что до травмы они были значительно спокойнее. Описанные явления для лиц групп А и К не были характерны. Родственники больных из группы А (в 8 из 10 случаев) отмечали, что эти лица стали более пассивны, чем были до получения травмы.

При анализе ранних воспоминаний полученные результаты были классифицированы как позитивные, нейтральные и негативные. Позитивные характеризовались удовлетворенностью собой во воспоминающихся событиях и положительным отношением к окружающим живым и неживым объектам. В негативных прослеживалось видение себя ущербным, обиженным, с пониженной самооценкой и враждебным отношением к окружающему миру. В случае нейтральных воспоминаний не наблюдалось выраженных эмоций и ощущений, а восприятие собственной индивидуальности сливалось с окружающей средой (например: "Непонятно, где там я", "Я как все", "Я пою в хоре" и т.п.). Самые оптимистические результаты дала группа А – 8 позитивных и 2 негативных, на втором месте оказалась группа К – 5 нейтральных и 5 позитивных, а группа В дала 7 негативных и 2 нейтральных ранних воспоминаний.

При изучении типов отношения к болезни негармоничные (соответствующие нозогениям по А.Б. Смулевичу) наблюдались у группы А в 7 случаях из 10. В

группе В – во всех 10 случаях, причем у всех лиц из этой группы наблюдались смешанные типы отношения к болезни (например, "сенситивно-тревожно-ипохондрический"), тогда как у лиц из группы А – однородного характера (например, "меланхолический", "сенситивный", "неврастенический" и т.п.).

При определении социальных типов группа К показала 5 рациональных и 5 нерациональных, группа А – 6 рациональных и 4 нерациональных, группа В – 1 рациональный и 9 нерациональных. Во всех случаях негармоничных типов отношения к болезни прослеживалась связь с нерациональным социальным типом личности.

Выводы. 1. У больных травматологического профиля, ожидающих предстоящие хирургические вмешательства в ближайшие 5–7 дней – группы В – выявилось повышение уровня реактивной тревожности, что связано с ожиданием предстоящего стресса («невроз ожидания») в связи с неизвестностью результатов этих вмешательств, а также ожиданием повторных физических болей, память о которых в связи со свежей травмой еще сохраняет остроту ощущений.

2. Повышение уровня личностной тревожности по методике Тейлора не соответствует данным, полученным при беседе с родственниками, что можно связать с некоторой потерей критики к эмоциональному состоянию в связи с высокой реактивной тревожностью.

3. Невысокий уровень тревожности у травматологических больных, не ожидающих предстоящих хирургических вмешательств – группа А, примерно соответствующий таковому у группы контроля, объясняется восприятием собственной травмы как свершившего факта с относительно ясным представлением о будущем и угасанием испытываемыми физическими страданиями.

4. В случаях негармоничных отношений к болезни (что соответствует понятию о нозогениях) наблюдается явная связь с определяемым нерациональным социальным типом личности. Вывод о том, является ли нерациональный тип личности фактором риска для получения наиболее тяжелых травматизаций или же в таких случаях и рациональные типы дают "падение" в нерациональность – вопрос, нуждающийся в дальнейшем изучении на достаточно обширном материале и изучении результатов проведенной с такими больными рациональной психотерапии.

Литература.

1. Практическая психодиагностика, методы и тесты. Самара: Бахрах-М, 2001. – 544 с.
2. Аугустинавичюте А. Соционика -М: АСТ, СПб: «Терра фантастика», 1998. – 416 с.
3. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. – А.В. Smulevich. Psychosomatic disorders.
4. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1972. The inner picture of a disease and iatrogenic diseases. M; Medicine, 1972.
5. Юров Ю. Психологические основы адаптации и реабилитации. – Воронеж, ВГПУ, 2007.

Abstract.

J.V.Jurov, D.A.Raschepeev, S.S.Sidorina, M.J.Berdysheva

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS OF THE TRAUMATOLOGIC STRUCTURE

Dep. of psychologies and pedagogics of the Voronezh state pedagogical university

The question of general features of heightened anxiety of traumatic profile patients is considered. It has been revealed that the anxiety level of traumatic patients which need not the further surgical operative treatment does not differ from the anxiety level of the control group persons, while those who need the further surgical operative treatment have their level heightened (so called expectation neurosis'), it is noted also in this group the prevalence of irrationality while studying its social types of personality. It has been concluded concerning necessity of the further study of connection between an inadequate attitude to any disease and social types of personalities and expediency of using rational psychotherapy while treating traumatic profile patients as well.

Key words: stress, anxiety, psychogenic, attitude to illness, social type, personality psychology.

References.

1. Practical psychodiagnostics, methods and tests. Samara: Bakhrakh-M, 2001. – 544 p.
2. Augustinavichyute A. Socionics: book. – Moscow: AST, St-Petersburg: «Terra fantastica», 1998. – 416 p.
3. Smulevich A.B. Psychosomatic disorders.
4. Luriya R.A. The inner picture of a disease and iatrogenic diseases. M; Medicine, 1972.
5. Yurov Y. Psychological bases of adaptation and rehabilitation'. Educational and methodic handbook'. Voronezh, VSPU, 2007

Сведения об авторах: Бердышева Маргарита Юрьевна Тел. Для контакта 914847 (мобильный)

АбАсс Мохамад

ПСИХИЧЕСКИЙ И ФИЗИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТЫ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Каф. травматологии, ортопедии и ПВХ ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Резюме. Анкетирование пациентов с вывихами плечевого сустава с использованием известного и хорошо зарекомендовавшего себя опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form) позволило установить, что психический и физический компоненты здоровья имеют различную степень отличий от контрольной группы здоровых людей в зависимости от сроков оказания квалифицированной помощи и методик вправления. Показано, что адекватный выбор методики вправления вывиха в сочетании с минимальными сроками обращения за помощью с момента травмы и грамотным выполнением хирургом соответствующей манипуляции позволяют практически не снижать качество жизни пациента, имевшего вывих в плечевом суставе.

Ключевые слова: психический и физический компоненты здоровья; качество жизни; вывих плеча.

Джаррар Косай

К МЕТОДИКЕ ОЦЕНКИ СУБЪЕКТИВНЫХ ОЩУЩЕНИЙ БОЛИ, ДИСКОМФОРТА И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Каф. травматологии, ортопедии и ПВХ ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Резюме. Работа посвящена адаптации существующих англоязычных опросников пациентов с травмами тазобедренного сустава и разработке новых форм анкетирования, позволяющих оценить не только нарушения двигательных функций, но и самочувствие пациента, степень его психологического комфорта и социальной адаптации после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Ключевые слова: психологический комфорт; социальная адаптация; эндопротезирование тазобедренного сустава

М.А. Абу Гоуш , К.М. Резников

СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Актуальность. Псориаз – эритемально-сквамозный дерматоз мультифакториальной природы с доминирующим значением генетических факторов, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалительной реакцией в дерме, изменениями в различных органах и системах [12], что требует комплексного подхода к процессу лечения.

Поиск средств и способов повышения эффективности лечения псориаза актуален, поскольку усиление распространённости и его омоложение инвалидизирует значительную часть населения и требует существенных затрат на лечение [6, 13].

Одними из наиболее активных средств лечения псориаза являются глюкокортикоиды. Они оказывают мощное противовоспалительное действие на все фазы воспаления, антиэкссудативное и противоаллергическое действие. Однако известна их способность оказывать иммуносупрессивное действие. В ряде исследований показана ведущая роль иммунных нарушений в развитии данного дерматоза с преимущественными изменениями в Т-клеточной системе иммунитета, в то время как данные об изменениях со стороны гуморального звена иммунной системы весьма противоречивы [5 и др.]. Исследователи полагают, что низкий уровень Т-лимфоцитов-супрессоров, сочетающийся с повышенным образованием патологических иммунных комплексов, имеет существенное значение в развитии аутоиммунной патологии при псориазе, иммунные и аутоиммунные процессы у части больных могут вести к развитию осложнений в виде артропатий и эритродермии [6]. Для этого заболевания характерна маргинализация ряда показателей иммунного статуса. У больных с функциональными показателями активности лимфоцитов и лейкоцитов, характерными для здоровых лиц, результаты менее благоприятны, чем у больных

с изменёнными (повышенными или пониженными) показателями, что следует рассматривать как позитивный результат самонастройки системы к функционированию в условиях болезни [4 и др.].

Значение изменений функционального состояния нервной системы в патогенезе псориаза в настоящее время не вызывает сомнения. При этом показано, что влияние психогенных факторов на соматическую сферу осуществляется посредством изменения функционирования вегетативной и эндокринной систем организма [2].

Установлено, что анолит обладает антибактериальным, противовирусным, антимикозным, антиаллергическим, противовоспалительным, противоотёчным, противозудным и подсушивающим действием, может оказывать цитотоксическое и антиметаболическое действие, не причиняя вреда клеткам тканей человека. Биоцидные вещества в электрохимически активированном анолите, не являются токсичными для соматических клеток, поскольку представлены оксидантами, подобными тем, которые продуцируют клетки высших организмов [1, 9].

Католит обладает электроннодонорными свойствами, определяющими его антиоксидантное действие. Торможение свободнорадикального окисления сопровождается ограничением процесса разрушения мембран и стимуляцией процессов репарации. Наиболее подходящим биологическим механизмом действия является увеличение переноса ионов и молекул через мембраны, что стимулирует рост и деление клеток [7]. Использование католита (-400 - -800 мВ) оказывает иммуностимулирующее действие, превосходящее эффекты тактивина [3]. Установлены также психотропные эффекты католита [8, 10], что может быть важным в патогенетическом отношении.

Указанные данные о действии электроактивированных растворов, с учётом их небольшой стоимости (0,12 рублей/л) обосновывают возможность их применения в комплексном лечении псориаза.

Целью исследования явилось выяснение возможности повышения эффективности лечения псориаза на основе включения в процесс лечения электроактивированных водных растворов (анолит, католит).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 80 пациентов с вульгарным (бляшковидным) псориазом в возрасте 21-60 лет, включая 47 (58,8%) мужчин и 33 (41,2%). Длительность заболевания от 1 до 25 лет, наиболее часто предшествующими факторами были простудные заболевания у 37,5% пациентов, нервный стресс – у 35,0%, после употребления спиртных напитков – у 3,75% и др. У 63,75% пациентов рецидивы наблюдались в осенне-зимний период. В зависимости от терапии пациенты были распределены на 4 группы: 1-я группа сравнения (n=20) – стандартное лечение, включающее общее воздействие: внутримышечные инъекции 10% раствора натрия глюконата, внутривенное введение 30% раствора тиосульфата натрия, антигистаминные препараты, гепатопротекторы и местную терапию: 2% салициловая мазь,

глюкокортикоидную мазь; 2-я группа (n=20) – включение в программу лечения анолита (рН =6,9±0,5, ОВП +720±15мВ, концентрация хлора - 0,035 – 0,045%) в виде примочек на поражённые области 4-5 раз в сутки; 3-я группа (n=20) – включение в программу лечения католита (рН=9,2±0,5 и ОВП -615±55мВ) внутрь по 50 мл 3 раза в сутки; 4-я группа (n=20) – включение в программу лечения только анолита и католита при указанных параметрах и режимах применения.

Для оценки степени тяжести патологического процесса в динамике лечения использовали индекс (PASI), включающий площадь и тяжесть псориатрических поражений (Fredriksson T., Petterson U. 1978) [14]. Эти показатели исследовали до лечения, на 7-е, 14-е и 21-е сутки лечения. Иммунологическое исследование проводили с использованием моноклональных антител к дифференцировочным в реакции непрямо́й иммунофлюоресценции. Иммунограммы оценивали до и после курса лечения. Для каждой группы были рассчитаны койко-дни нахождения в стационаре. Материалы обработаны статистически с использованием непараметрического критерия Вилькоксона. Обработка материала и представление результатов проводились на ПЭВМ класса Pentium III с помощью пакета статистического анализа SPSS и электронной таблицы Excel 7 в операционной среде Windows.

Полученные результаты и их обсуждение. При использовании стандартного лечения (группа сравнения) отмечается высокий уровень показателей площади и тяжести псориатрических поражений. Динамика изменений показателей и индекса PASI представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Изменение параметров (M±m) индекса PASI (баллы) при стандартном лечении псориаза (n=20)

Показатели(баллы)	Сроки исследования			
	До лечения	7 сутки	14 сутки	21 сутки
Зуд	3,0±0,32	2,6±1,00	1,5±0,27**	0,40±0,26**
Эритема	3,4±0,36	3,2±0,34	2,8±0,43	1,40±0,36**
Инфильтр.	2,9±0,36	2,9±0,35	2,2±0,53	0,50±0,36**
Шелуш.	3,6±0,27	3,4±0,26	3,0±0,41	1,10±0,42**
Индекс	55,7±5,1	52,9±6,10	46,1±9,1	26,1±10,8*

* - P<0,05, ** - P<0,01

Материалы это части исследования свидетельствуют о том, что зуд начинает существенно снижаться (на 50%, при P<0,01) на 14-е сутки лечения, тогда как остальные показатели тяжести патологического процесса снижаются только на 21-е сутки лечения в 2-3 раза. Площадь поражения кожи снижается на 21-е сутки лечения с 80,1±10,04 см² до 71,6±10,50 см², т.е. только на 10,6%. Следовательно, стандартный способ лечения недостаточно быстро устраняет основные признаки заболевания. При этом показатели иммунологического статуса изменяются также незначительно, таблица 2.

Таблица 2

Изменение параметров ($M \pm m$) иммунологического статуса (%) при стандартном лечении псориаза ($n=20$)

Показатели	Сроки исследования	
	До лечения	21 сутки
CD3+	66,7±4,25	66,2±4,93
CD4+	42,6±11,7	43,2±3,72
CD8+	21,3±3,36	22,8±3,29
CD20+	12,4±1,37	14,6±1,42*
CD16+	15,7±1,18	13,1±1,22*
CD4/CD8	1,94±0,26	2,00±0,35
0 лимф.	24,4±2,63	24,8±1,77

* - $P < 0,05$

До лечения по сравнению со здоровыми лицами изменены (увеличены) только 3 показателя: количество Т – супрессоров на 52,1% ($P < 0,05$), количество В-лимфоцитов в 2 раза ($P < 0,05$) и количество НК-клеток на 30,8%, что свидетельствует о достаточно тяжёлом течении псориаза. В результате лечения снизилось на 16,6 ($P < 0,05$) только количество НК-клеток, что подтверждает недостаточную эффективность стандартного лечения.

При включении в программу лечения анолита показатели тяжести и распространённости несколько изменяются (таблица 3.).

Таблица 3.

Изменение параметров ($M \pm m$) индекса PASI (баллы) при включении в программу лечения псориаза анолита ($n=20$)

Показатели(баллы)	Сроки исследования			
	До лечения	7 сутки	14 сутки	21 сутки
Зуд	3,4±0,26	2,2±0,21**	0,55±0,27**	0,15±0,21**
Эритема	3,6±0,22	2,8±0,24*	1,95±0,27**	1,25±0,31**
Инфильтр.	3,3±0,21	2,2±0,29**	0,90±0,31**	0,20±0,10**
Шелуш.	3,5±0,27	2,6±0,29**	1,4±0,33**	0,30±0,35**
Индекс	52,4±7,96	43,2±7,07	16,8±5,53**	8,6±6,42**

* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$

Включение в программу лечения псориаза примочек из анолита в значительной степени ускоряет и усиливает редукцию псориатрической симптоматики. Практически все симптомы начинают уменьшаться, начиная с 7-х суток лечения, и сразу же улучшается самочувствие пациентов, хотя индекс PASI начинает достоверно снижаться только спустя 2 недели после начала лечения. При этом площадь поражения кожи уменьшается с $75,04 \pm 4,04$ см² до $61,47 \pm 5,55$ см², т.е. на 18,1% ($P < 0,05$).

Иммунные процессы при таком способе лечения изменяются незначительно (таблица 4).

Таблица 4.

Изменение параметров ($M \pm m$) иммунологического статуса (%) при включении в программу лечения псориаза анолита ($n=20$)

Показатели	Сроки исследования	
	До лечения	21 сутки
CD3+	63,8±4,25	70,5±5,29
CD4+	40,5±1,19	43,8±1,65*
CD8+	26,8±3,38	25,7±3,13
CD20+	15,2±2,49	18,0±2,99
CD16+	14,7±1,19	12,2±1,30*
CD4/CD8	1,58±0,25	1,8±0,25
0 лимф.	19,0±3,64	21,1±1,95

* - $P < 0,05$

При включении в программу лечения анолита происходит увеличение на 8,2% количества Т-хелперов ($P < 0,05$), что существенно не сказывается на соотношении CD4/CD8 и уменьшение на 17% НК-клеток ($P < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о том, что местное применение анолита не изменяет иммунный статус пациентов. Следовательно, местное применение анолита в значительной степени улучшает состояние кожи в области псориазического поражения, но патогенетические механизмы этого заболевания скорее всего существенно не затрагиваются.

В 3-й серии исследования нами изучено лечебное действие католита при его применении внутрь. В таблице 5 представлены показатели и индекс PASI при включении в программу лечения католита.

Таблица 5.

Изменение параметров ($M \pm m$) индекса PASI (баллы) при стандартном лечении псориаза ($n=20$)

Показатели (баллы)	Сроки исследования			
	До лечения	7 сутки	14 сутки	21 сутки
Зуд	3,3±0,21	1,8±0,26**	0,90±0,35**	0,20±0,13**
Эритема	3,6±0,22	2,7±0,21*	2,15±0,26**	1,20±0,27**
Инф.	3,35±0,21	1,8±0,30**	0,70±0,32**	0,20±0,13**
Шелуш.	3,8±0,18	2,7±0,25**	1,90±0,42**	0,30±0,32**
Индекс	48,47±9,92	43,50±6,41	19,04±7,20**	9,16±7,08**

* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$

Католит в составе стандартного лечения начиная с 7 суток лечения ускоряет и усиливает редукцию показателей, характеризующих тяжесть патологического процесса, при этом индекс PASI снижается на 14-е и 21-е сутки соответственно

на 60,7% и на 81,1%. Площадь поражения кожи к 21 суткам лечения уменьшается с $73,5 \pm 15,2$ см² до $62,3 \pm 14,7$ см², т.е. на 57,6% ($P < 0,05$). Следовательно, резорбтивное действие католита сказывается и на местных проявлениях псориаза.

Показатели иммунного статуса у пациентов этой серии исследования представлены в таблице 6.

Таблица 6.

Изменение параметров ($M \pm m$) иммунологического статуса (%) при включении в программу лечения псориаза католита ($n=20$)

Показатели	Сроки исследования	
	До лечения	21 сутки
CD3+	$71,4 \pm 3,54$	$73,6 \pm 7,04$
CD4+	$44,3 \pm 2,86$	$51,8 \pm 3,66^*$
CD8+	$29,7 \pm 3,66$	$20,3 \pm 4,19^*$
CD20+	$13,0 \pm 1,34$	$9,40 \pm 1,97^*$
CD16+	$15,8 \pm 1,64$	$12,3 \pm 1,95^*$
CD4/CD8	$1,56 \pm 0,25$	$2,55 \pm 0,52$
0 лимф.	$24,1 \pm 7,94$	$21,8 \pm 3,92$

* - $P < 0,05$

В большей степени, чем в других группах исследования изменяются показатели иммунного статуса пациентов, в программу лечения которых включён католит: увеличено количество Т-хелперов на 16,9% ($P < 0,05$), снижено количество Т-супрессоров на 31,6% ($P < 0,05$), но при этом иммунорегуляторный индекс увеличился на 63,5% ($P < 0,05$); количество В-лимфоцитов снизилось на 27,7 ($P < 0,05$), а количество NK-клеток – на 19,1 ($P < 0,05$). Таким образом, резорбтивное действие католита положительно проявилось не только в существенной редукции местных проявлений псориаза, но и в положительном изменении ряда показателей иммунной системы пациентов.

Динамика изменений параметров индекса PASI при лечении псориаза представлена в таблице 7.

Таблица 7.

Изменение параметров ($M \pm m$) индекса PASI (баллы) при использовании для лечения псориаза ($n=20$) анолитом (местно) и католитом (внутрь)

Показатели (баллы)	Сроки исследования			
	До лечения	7 сутки	14 сутки	21 сутки
Зуд	$3,4 \pm 0,33$	$1,95 \pm 0,41^{**}$	$0,70 \pm 0,25^{**}$	$0,10 \pm 0,10^{**}$
Эритема	$3,5 \pm 0,27$	$2,75 \pm 0,34^*$	$1,6 \pm 0,26^{**}$	$0,85 \pm 0,29^{**}$
Инфильтр.	$3,2 \pm 0,46$	$1,95 \pm 0,44^{**}$	$0,40 \pm 0,33^{**}$	$0,15 \pm 0,14^{**}$
Шелуш.	$3,8 \pm 0,24$	$2,95 \pm 0,30^*$	$1,20 \pm 0,34^{**}$	$0,45 \pm 0,36^{**}$
Индекс	$50,6 \pm 6,28$	$40,1 \pm 6,37$	$14,9 \pm 7,19^{**}$	$5,93 \pm 4,64^{**}$

* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$

Материалы таблицы 7 свидетельствуют о том, что наибольшая редукция кожных проявлений псориаза выявляется при одновременном применении местно анолита и внутрь католита. Существенные положительные изменения выявляются уже на 7-е сутки лечения, а к 21 суткам зуд уменьшен в 34 раза ($P<0,01$), эритема - в 4,12 раза ($P<0,01$), инфильтрация тканей – в 21,33 раза ($P<0,01$), а шелушение – в 8, 44 раза ($P<0,01$). Индекс PASI снижен в 8,53 раза ($P<0,01$), а площадь повреждения кожи к 21 суткам уменьшена с $61,55\pm 4,74$ см² до $19,28\pm 2,18$ см², т.е. более чем в 3 раза ($P<0,01$).

У пациентов этой группы исследования выявлены также изменения показателей иммунного статуса (таблица 8).

Таблица 8.

Изменение параметров ($M\pm m$) иммунологического статуса (%) при лечении псориаза ($n=20$) анолитом (местно) и католитом (внутри)

Показатели	Сроки исследования	
	До лечения	21 сутки
CD3+	71,4±7,04	73,6±7,04
CD4+	37,4±2,58	48,8±3,66*
CD8+	29,7±3,66	20,5±4,19*
CD20+	13,0±1,34	9,40±2,20*
CD16+	15,9±1,98	12,3±1,50*
CD4/CD8	1,32±0,23	2,38±0,52*
0 лимф.	20,2±2,53	21,8±3,92

* - $P<0,05$

При одновременном применении анолита и католита происходит увеличение количества Т-хелперов на 30,5% ($P<0,05$), но уменьшение 31,0% Т-супрессоров, что нормализовало иммунорегуляторный индекс. При этом количество В-лимфоцитов снизилось на 27,7% ($P<0,05$), а число НК-клеток – на 22,6% ($P<0,05$).

Выводы. Совместное применение для лечения псориаза анолита и католита наиболее быстро и эффективно уменьшает кожные проявления патологического процесса и одновременно существенно нормализует ряд показателей, характеризующих состояние иммунной системы организма. На протяжении всего срока лечения дополнительных побочных проявлений не выявлено. Наличие положительных эффектов электроактивированных водных растворов натрия хлорида, наряду с невысокой стоимостью позволяют их рекомендовать для лечения псориаза.

Литература.

- 1.Бахир В.М. Некоторые аспекты получения и применения электрохимически активированно-го раствора – анолита АНК /В.М. Бахир, В.И. Вторенко, Ю.Г. Задорожный, Б.И. Леонов и др. // Электрохимическая активация в медицине, сельском хозяйстве, промышленности. Ш Международный симпозиум. М. 2001. – С.3- 25.
- 2.Беляев, Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия / Г.М. Беляев, П.П. Рыжко. – М.: Мед-пресс-информ, 2005. – 272 с.

- 3.Гариб Ф.Ю. Влияние электроактивированного водного раствора на иммунитет при экспериментальных иммунодефицитах, адекватных вторичным иммунозависимым болезням и состояниям человека //Ф.Ю. Гариб, Э.Р. Збрижер// «МИС-РТ». – Сборник №6, - 1998. С.112-117.
- 4.Евстафьев В.В. Прогностическое значение иммунопатологических показателей при псориазе / В.В. Евстафьев, В.Л. Шейкман //Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2000. -№1. – С. 28-31.
- 5.Корсунская, И.М. Роль иммунных нарушений в развитии псориаза / И.М. Корсунская, М.М. Резникова // Consilium Medicum. – 2004. – Т. 6, № 3. - С. 176-179.
- 6.Кунгуров Н.В. Псориатическая болезнь /Н.В. Кунгуров, Н.Н. Филимонкова, И.А. Пузанкина // Екатеринбург. – 2002. -193 с.
- 7.Мирошников А.И. Образование перекиси водорода не является причиной биологической активности растворов после мембранного электролиза в диафрагменном электролизере /А.И. Мирошников, Ж.К. Масалимов, В.И. Брусков // Электрохимическая активация в медицине, сельском хозяйстве, промышленности. III Международный симпозиум. М. 2001. – С. 38-41.
- 8.Резников К.М. Влияние католита на деятельность центральной нервной системы экспериментальных животных /К.М. Резников, Е.А. Семёнова, Е.Б. Сабитова //Человек, общество, лекарство: материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвящённой памяти проф. Я.В. Костина. – Саранск, 2005. – С.86-87.
- 9.Резников К.М. Свойства воды и информационные аспекты формирования эффектов действия электроактивированных водных растворов /К.М.Резников // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2006. Т.9. -№1. –С.3-14.
- 10.Сабитова Е.Б. Исследование психотропных свойств электроактивированных водных растворов /Е.Б. Сабитова, Е.А. Семёнова, К.М. Резников //Психофармакология и биологическая наркология Т.7. Спец. выпуск. – 2007. С.1928.
- 11.Сабитова Е.Б. Антидепрессивные свойства электроактивированных водных растворов /Е.Б. Сабитова // Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии. – Тр. XVI международной конференции. Крым, Гурзуф. – 2008. – С.117-119.
- 12.Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей /под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева // М. – 1999.- 116 с.
- 13.Филимонкова Н.Н Клинический эффект последовательного назначения препаратов дайвобет и дайвонекс в комплексной терапии больных псориазом /Н.Н. Филимонкова, Я.В. Кашеева, К.А. Чуверова // Вестник дерматологии и венерологии. -2006. -№6. –С.18-20.
- 14.Trofimova I.B. Vestn. dermatol. venerol. 2006. –N1. – S.32-35.

Abstract.

M.A. Abu Ghoush , K.M. Reznikov

COMPARATIVE ANALYSIS OF PARAMETERS OF IMMUNITY AND SEVERITY OF PSORIASIS DURING TREATMENT WITH DIFFERENT METHODS

Voronezh N.N. Burdenko state medical academy

The study included 80 patients it is proved , addition of anolit having antibiotic effect and katolit having immunomodulator effect in treatment of psoriasis vulgaris effectiveness of standard treatment is sub-stantianally improved.

Key words: psoriasis, anolit, katolit, alarm, irritability.

Сведения об авторах: Резников Константин Михайлович –заведующий кафедрой фармакологии Воронежской го-сударственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, доктор медицинских наук ,профессор Факс 8(4732) 53-00-05 E-Mail vrkm@vsma.ac.ru

Абу гоуш М.А. – аспирант кафедрой кожной и венерической болезней Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко Тел.8(4732) 54-73-16 E-Mail abu-ghoush@yandex.ru

СОДЕРЖАНИЕ

<i>О.Н. Азарова, С.Ю. Гордиенко</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ	3
<i>Д.Н. Алексеева, О.Ю. Ширяев, Д.Л. Шаповалов</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ПРЕСТУПНИКАМИ	10
<i>И.А. Бедина, С.В. Шпорт</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, ПОСТРАДАВШИМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	15
<i>А.Р. Бежкинева, О.Ю.Ширяев, Д.Л. Шаповалов, Д.В.Попов, И.А. Петров</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	22
<i>С.Г. Бугрова</i> ДИАГНОСТИКА ПРЕДДЕМЕНТНЫХ СОСУДИСТЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	28
<i>О.М. Бурков, А.В. Шамрай</i> ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ	36
<i>И.П. Винокурова</i> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА	43
<i>Е.О. Воронина, В.Г. Будза</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПСЕВДОАЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОЙ ФОРМЫ СМЕШАННОЙ СЕНИЛЬНО-СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ	48
<i>С.А. Голубев</i> К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПРИСТУПОМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С ДОМИНИРОВАНИЕМ ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ	55
<i>С.В. Гречаний</i> ОЦЕНКА КОМПОНЕНТОВ АДАПТАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ С ПОМОЩЬЮ ПРОЕКТИВНЫХ И НЕПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК	64
<i>Т.Ю. Гречко</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРАПАРАТА «ЦИПРАЛЕКС» (ЭСЦИТАЛОПРАМ) ПРИ НЕКОТОРЫХ ВАРИАНТАХ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	67
<i>Т.Ю. Гречко</i> ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОМПЛАЕНС В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИИ (обзор литературы)	72
<i>О.Е. Девятова, О.В. Пережогина, Л.О. Пережогин</i> ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ НАСИЛЬСТВЕННОЕ РАЗЛУЧЕНИЕ С БЛИЗКИМИ: ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ЗАНЯТИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ГРУППЕ	76
<i>В.Ф. Друзь, В.Г. Будза, И.Н. Олейникова, Е.Ю. Антохин, Е.Б. Чалая, Д.В. Захарченко</i> ФАКТОРЫ РИСКА ЧАСТОТЫ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	86
<i>С.В. Корнилова</i> ФАКТОРЫ РИСКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	95

М.В. Ларских, С.В. Ларских ТРЕНИНГ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПЕРФЕКЦИОНИЗМА.....	102
А.Г. Макарова, В.А. Борисов АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	107
С.П. Маркин, В.А. Маркина РАССТРОЙСТВА СНА И ДЕПРЕССИЯ.....	111
Б.Е. Микиртумов, П.Ю. Завитаев ГИПЕРОНОМНОСТЬ – СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АУТИСТИЧЕСКОЙ ЛЕКСИКИ.....	120
Б.Е. Микиртумов, А.Б. Ильичев ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА.....	124
А.И. Михалёва, Е.Ю. Антохин, Я.С. Журавлёв ПАТОНЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ПРИ СПИД-ДЕМЕНЦИИ.....	133
Н.Л. Овсянникова, А.Н. Самохин, С.Н. Эльтеков ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СЛУЖБЫ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ 2003-2007гг.....	144
М.А. Пальчиков, О.Ю. Ширяев, Е.А. Лебедева АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА.....	150
Л.О. Пережогин ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ГРУППЫ РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	155
С.Н. Подвигин, О.Ю. Ширяев, О.Д. Алехина, Д.Л. Шаповалов ШИЗОФРЕНИЯ, КОМОРБИДНАЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	168
С.Н. Подвигин, О.Ю. Ширяев, Д.Л. Шаповалов, Н.А. Кузнецова, А.И. Фролова КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, КОМОРБИДНОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	177
Т.М. Полозова, Д.Л. Шаповалов ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ВЕНЛАФАКСИНОМ ПРИ ОДНОМ ИЗ ВАРИАНТОВ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	185
С.Н. Попов, С.М. Борисов, В.С. Прощалыкина АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЬНЫХ ПОСТУПАВШИХ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ГУЗ «ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» С 1995 ПО 1999 ГОД....	198
М.К. Резников, О.Ю. Ширяев ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РАЗНЫХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП.....	204
Е.А. Ремизова, О.Ю. Ширяев, И.С. Махортова АНАЛИЗ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	211

<i>М.А. Рогозина, С.Н. Подвигин, А.М. Дилина</i> О РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ И ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	217
<i>Е.В. Руженская</i> СОСТОЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ	222
<i>Т.П. Складорова, В.Б. Винников</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИГРАФНОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПРОФОТБОРЕ	232
<i>Г.В. Тарасова, М.В. Гиленко</i> КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ (ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)	238
<i>И.В. Теслинов, А.В. Будневский, Л.Н. Мазурина, Р.Н. Романенко, А.А. Яркина</i> АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И КОМОРБИДНЫХ СОМАТОГЕННЫХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ФЛУВОКСАМИНОМ	244
<i>И.В. Теслинов, О.Ю. Ширяев, Д.Л. Шаповалов, Л.Н. Мазурина, А.О. Никитин</i> АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И КОМОРБИДНЫХ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ФЛУВОКСАМИНОМ	248
<i>М.В. Усюкина, А.С. Шаманаев</i> ДИСФОРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ	252
<i>М.А. Харченко</i> ДИАГНОСТИКА ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	261
<i>Н.С. Ценных, Э.В. Эльтекова, Е.Б. Гайворонская</i> О СОСТОЯНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В СОСТАВЕ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БРИГАД	269
<i>Д.Л. Шаповалов, О.Ю. Ширяев, Е.Л. Пономарева, Е.М. Зайцева, Г.А. Зацепина</i> АНАЛИЗ ПРИЧИН ИНТОЛЕРАНТНОСТИ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	274
<i>Д.Л. Шаповалов, О.Ю. Ширяев, И.Н. Карпик, О.И. Калачева, Е.В. Черенкова</i> НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РЕКУРРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	283
<i>О.Ю. Ширяев, В.Т. Зайцев, К.М. Резников</i> ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	289
<i>Ю.В. Юров, Д.А. Расчепеев, С.С. Сидорина, М.Ю. Бердышева</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	293
<i>АбАсс Мохаммад</i> ПСИХИЧЕСКИЙ И ФИЗИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТЫ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА	298

Джаррар Косай К МЕТОДИКЕ ОЦЕНКИ СУБЪЕКТИВНЫХ ОЩУЩЕНИЙ БОЛИ, ДИСКОМФОРТА И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА..... 299

М.А. Абу Гоуш , К.М. Резников СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ..... 307

Научное издание

Научно медицинский вестник Центрального Черноземья № 35

Научно-практический электронный журнал. —

Воронеж: ВГМА им. Н.Н. Бурденко, I квартал 2009:

Электронная верстка **Е.И. Пелешенко**

Печатается с готового оригинал-макета

© Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

394000, г.Воронеж, ул. Студенческая, 10

Адрес в сети – <http://www.vdma.ac.ru/publ/>

Номер государственной регистрации издания № 0420900006