



Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца
Бехтеревское психиатрическое общество Санкт-Петербурга
Кафедра психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова



Трудный пациент в психиатрической практике

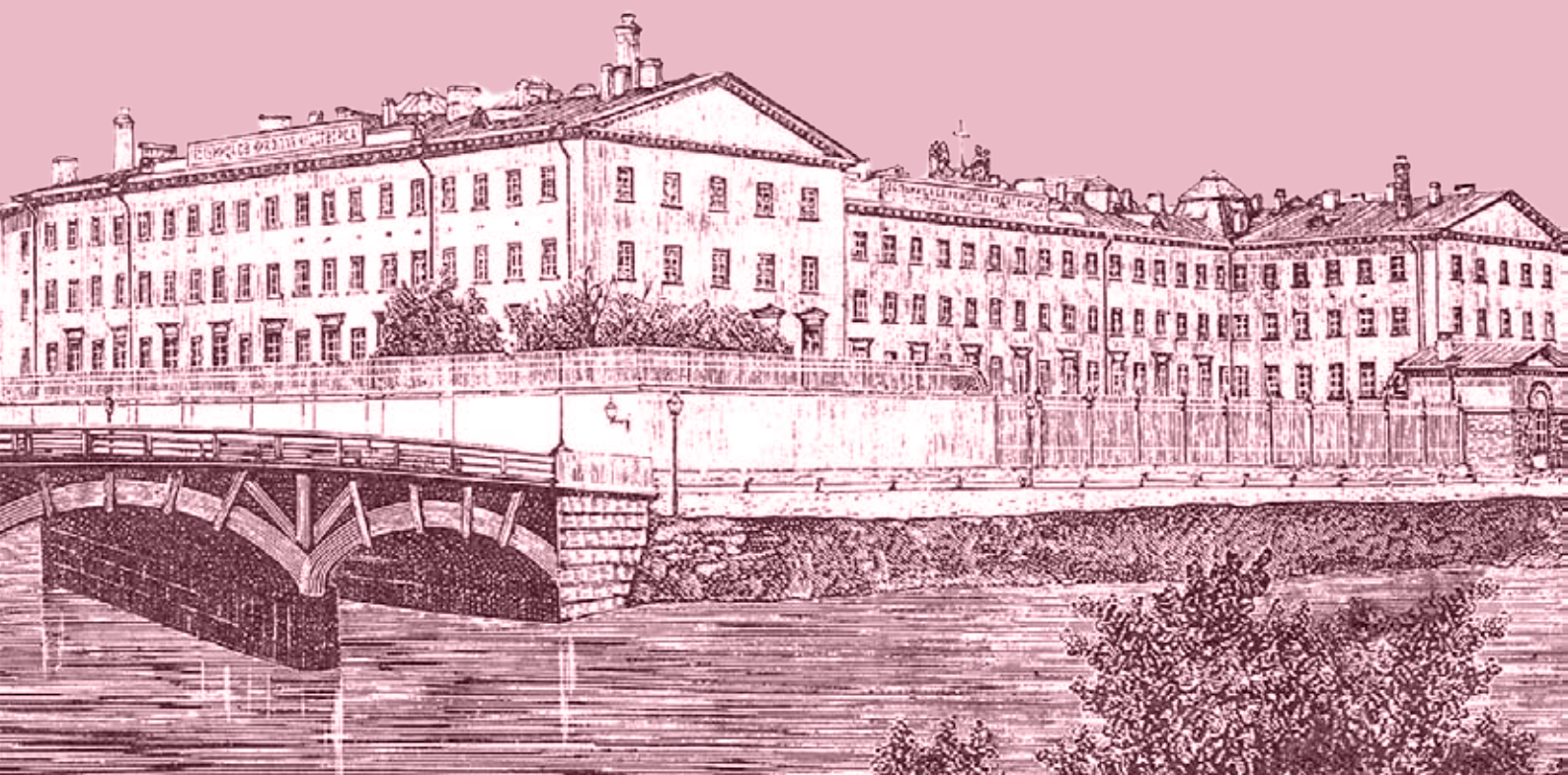
[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]
СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

межрегиональной научно-практической конференции
Санкт-Петербург (08 декабря 2017 года)

Под общей редакцией С.Я. Свистуна, М.Ф. Денисова

ISBN 978-5-905498-82-4

© СПбГКУЗ Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, 2017
© Коллектив авторов, 2017
© ООО «Альта Астра», оформление, 2017



ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ [Электронное издание]: / сборник материалов Межрегиональной научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 08 декабря 2017 года) – СПб.: Альта Астра, 2017. – 1 электрон, опт. диск (CD-ROM) – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0. – ISBN 978-5-905498-82-4.

Члены редакционной коллегии:
М.Ф. Денисов, С.Я. Свистун (научные редакторы),
Е.В. Снедков, А.Н. Лесков, В.А. Некрасов

*Оригинал-макет подготовлен издательским отделом
ООО «Альта Астра», 191144, Санкт-Петербург,
Старорусская ул., д. 8, лит. А, тел./факс: (812) 386-38-31,
e-mail: info@altaastra.com, www.altaastra.com*

Дизайн, верстка: Альков А.С.

*Сдано в набор 24.11.2017, подписано 04.12.2017
Гарнитура «Калибри», формат 60X84 1/8, 187 стр.*

*Объем 2,8 Мб
Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,
упаковка – SlimBox, цв. вкл., тираж 230 экз.*

ISBN 978-5-905498-82-4

*© СПбГКУЗ Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, 2016
© Коллектив авторов, 2016
© ООО «Альта Астра», оформление, 2016*

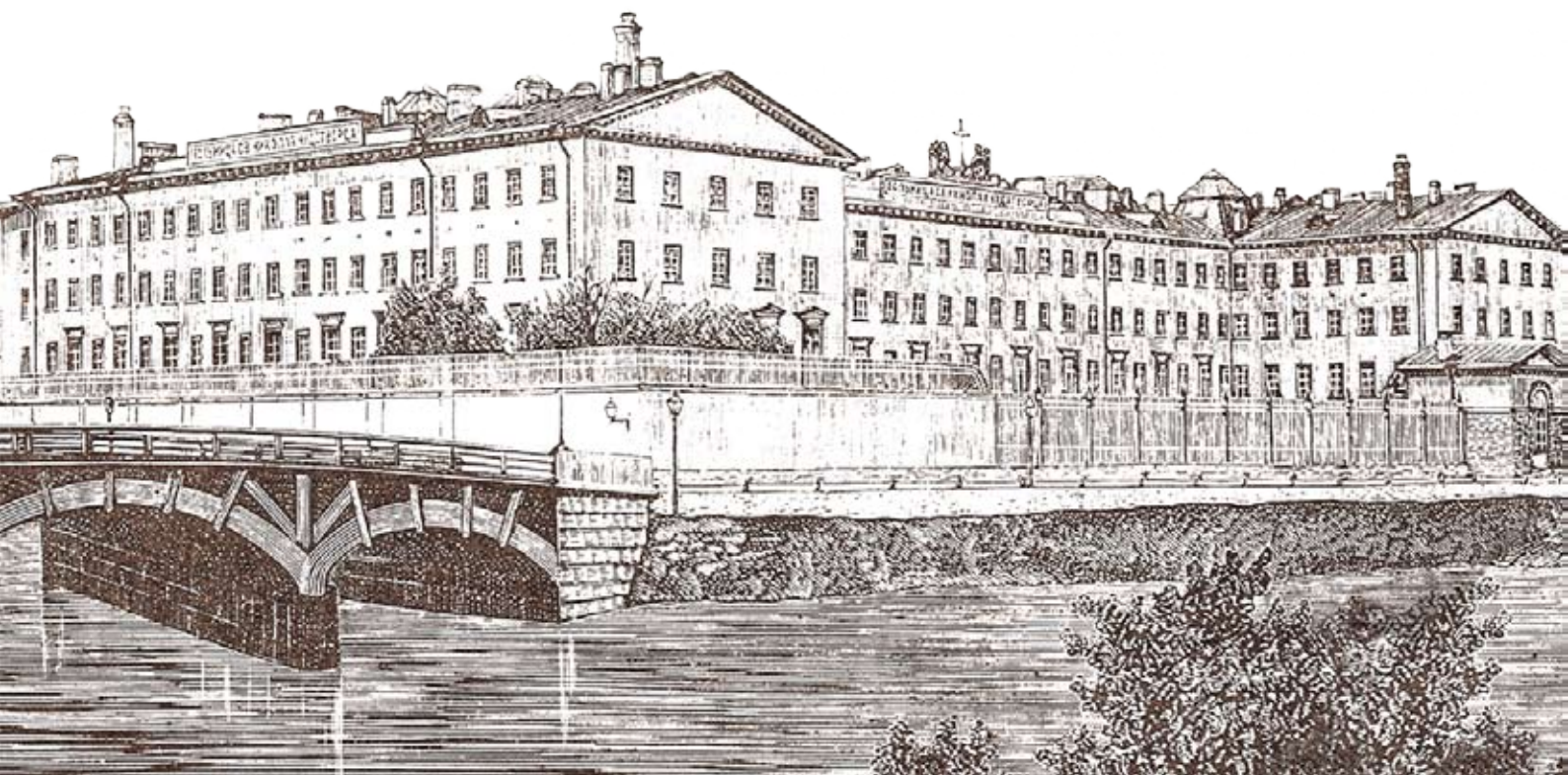
ВСТУПЛЕНИЕ

О ПРОБЛЕМЕ ТРУДНОГО ПАЦИЕНТА

Тема, предложенная к обсуждению организаторами конференции, может показаться спорной в связи с чрезвычайной расплывчатостью и субъективностью понятия «трудный пациент».

Однако в медицине в целом и, вероятно, в психиатрии особенно, очень много субъективного, конвенционального, что не только не исключает, а делает необходимым обсуждение таких вопросов. Предложенная тема, и это было принципиальным для организаторов конференции, носит преимущественно практический, а не спекулятивный характер. Практическая направленность тематики ежегодных конференций, проводимых нами, является и условием, и целью мероприятия. Хотя без известной доли теоретизирования не обойтись, и вопросы дефиниций также являются предметом нашего обсуждения.

Важно, что заявленная тема позволяет максимально широко рассмотреть разные этапы и разные аспекты психиатрической практики. Позволю себе процитировать Владимира Даля, предлагавшего следующие толкования слова «труд»: «работа, занятие, дело; всё, что требует усилия, старание и заботы; всякое напряжение телесное или умственное; всё, что утомляет» (толковый словарь, том 4, стр. 853).



Следовательно, трудный пациент – это «объект», требующий от «субъекта» (врача) дополнительных усилий, умственного и физического напряжения, и этот «объект» может... утомлять (!). За утомлением же следует целый спектр совсем не положительных эмоциональных состояний: раздражение, досада, растерянность, недовольство, даже злость.

Таким образом, трудные пациенты, вызывая эмоциональное напряжение, способствуют и такому неблагоприятному явлению как профессиональное выгорание врачей. Причём, как не парадоксально, в психиатрической практике пациент может считаться трудным ещё до непосредственного контакта с врачом. Например, в случаях недобровольного освидетельствования, когда предполагаемый обследуемый совершает действия, дающие основания думать о наличии у него тяжёлого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и окружающих, или его здоровью может быть нанесен существенный вред вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи (т.е. подпадает под ст. 23 пп. «а» и «в» Закона «О психиатрической помощи...»). Конфликт общения и диагностики в этих случаях предполагается априори.

Фактически на каждом этапе взаимодействия врача и пациента возникают ситуации, отягощённые различными факторами – личностными, нозологическими, коморбидностью, микросоциальными проблемами. На уровне диагностики эти ситуации могут быть связаны с недостаточностью объективизирующих методов обследования в психиатрии, отрицанием пациентом и/или его ближайшим окружением наличия психического заболевания, стигматизацией. На терапевтическом этапе проявляются уже специфические проблемы, обусловленные коморбидностью, нонкомплаентностью и резистентностью. Даже на реабилитационном этапе есть присущие именно психически больным сложности: госпитализм, приверженность или неприверженность к поддерживающей терапии, стабилизация и сохранение ремиссии, трудовая и иная социальная реадaptация.

Повторяю, на каждом этапе общения с психиатрическим пациентом могут возникать специфические, характерные для определённого этапа или сочетанные отягощения, позволяющие относить случай к трудным, требующим специального подхода, индивидуальной программы лечения и сопровождения.

Мы надеемся, что доклады и обсуждения на конференции, как и работы, представленные в сборнике, окажутся интересными и полезными для врачей психиатров и других специалистов, работающих с психически больными, а также для коллег, занимающихся вопросами методологии и философии медицины.

С.Я. Свистун

*Заслуженный врач РФ,
главный врач СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница
Св. Николая Чудотворца»*

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

Берегулина Л.Н.

АРТ-ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время во всем мире проблеме суицида уделяется важное внимание. Как известно, суицид занимает третье место, после онкологических заболеваний и болезней сердца, в классификации причин смерти. В соответствии с прогнозом ВОЗ в 2020 году приблизительно 1,5 миллиона людей во всем мире погибнут по причине самоубийства, и в 10-20 раз больше их число совершит суицидальные попытки. По данным ВОЗ, около 20 % самоубийств в мире приходится на подростковый и юношеский возраст (Алимова М.А., 2014).

В России в последние годы число самоубийств составляет более 40 на 100 тысяч населения. При этом уровень самоубийств, превышающий 20 на 100 тысяч населения, считается критическим. До революции в России распространенность самоубийств была самой низкой в Европе – 3 на 100 тысяч населения. По данным ВОЗ, в настоящее время уровень самоубийств: 16-18 в США, в Канаде – 8-16, в странах Южной Америки, Австралии – менее 8 на 100 тысяч населения (Ефремов В.С., 2004). Учитывая особую важность проблемы суицидов в России как индикатора общественного здоровья, можно понять, сколько людей нуждается в реальной помощи после совершения ими попытки самоубийства.

Необходимость использования эффективных методов профилактики суицидального поведения и работы с личностью суицидента очевидна. Такая работа должна проводиться, прежде всего, специалистами клинического профиля, такими как психиатры, психотерапевты, медицинские психологи. Важная роль в распознавании факторов риска суицидального поведения и реализации мер его профилактики может быть отведена психологам иных специализаций, в частности, работающим в образовательных учреждениях педагогам-психологам.

Для купирования острых реакций на стресс и симптомов аффективных расстройств, являющихся ведущими факторами риска суицидального поведения, могут применяться психофармакотерапия, методы экстренной психологической помощи. Психотерапия и психологическая коррекция суицидального поведения должны включать работу с личностью суицидента, направленную на прояснение и разрешение конфликтной ситуации, коррекцию самооотношения, развитие коммуникативных умений, эффективных копинг-стратегий. В то же время мишени психокоррекционного воздействия могут быть разными, с учетом специфики клинического расстройства и личности суицидента.

Методам арт-терапии может быть отведена важная роль в качестве средства профилактики суицидального поведения и работы с личностью такого пациента. Особенно ценными при этом могут являться такие особенности арт-терапии, как метода психологической помощи, как:

- Возможность терапевтического контакта, оценки состояния и личности при наличии проблем словесного выражения или вуалирования пациентом своих переживаний, защит и сопротивления;
- Безопасное выражение сложных переживаний и их причин, их объективизация и осознание на основе изобразительной и иной творческой деятельности;
- Раскрытие и активизация личностных ресурсов пациента, тесно связанных с творческими проявлениями, включая ценностно-смысловые, экзистенциальные позиции, в соответствии с концепцией клинической системной арт-терапии (Копытин А.И., 2015).

В то же время в отечественных и зарубежных арт-терапевтических публикациях проблеме суицидального поведения уделяется явно недостаточное внимание. Специальных публикаций, обобщающих опыт арт-терапевтической работы с суицидентами, либо содержащих примеры такой работы нами не обнаружено. Проблемы суицидального поведения в арт-терапевтической литературе иногда затрагиваются косвенно, например, при описании индивидуальной или групповой работы с острыми или затяжными психогенными реакциями и аффективными расстройствами (Копытин А.И., 2015; Копытин А.И., Богачев О.В., 2014).

Психологические и социальные причины и механизмы суицидального поведения

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности. Оно включает: суицидальные мысли, суицидальные высказывания, суицидальные угрозы, суицидальные попытки и покушения. Суицидальная попытка обозначает попытку нанесения повреждения самому себе или совершение самоубийства, не закончившееся летальным исходом по причине, не зависящей от суицидента. Покушающиеся на самоубийство желают умереть, хотя подавляющее большинство суицидентов хотят не самой смерти, а избавления от невыносимой психической боли.

Суицидальное поведение может быть связано с различными психическими расстройствами пограничного или психотического регистра, которые обуславливают особенности реагирования пациентов, их повышенную уязвимость к различным конфликтным и стрессовым ситуациям. К значимым факторам риска суицидального поведения можно отнести острые реакции на стресс, аффективные расстройства, прежде всего, депрессии. Суицидальное поведение также может иметь место у психически здоровых людей, в ситуациях, объективно трудноразрешимых. Причинные факторы и механизмы возникновения суицидального поведения различны и включают биологические (связанные в частности, с тяжелой эндогенной депрессией), психологические и социальные факторы и механизмы. В большинстве случаев суицидальное поведение является следствием сочетания и «накопления» факторов биологического, психологического (личностного) и социального характера. Психологические факторы и предпосылки суицидального поведения неоднозначны и включают:

- снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам;
- своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений), недостаточность механизмов планирования будущего;
- неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем;
- неадекватная личностным возможностям (заниженная, лабильная или завышенная)
- самооценка;
- слабость психологических защит;
- снижение или утрата ценности жизни;

К психологическим особенностям, выступающим факторами риска у пациентов с пограничными расстройствами, относятся следующие характеристики личности:

- эмоциональная лабильность;
- импульсивность;
- эмоциональная зависимость, необходимость чрезвычайно близких эмоциональных контактов;

- доверчивость;
- эмоциональная вязкость, ригидность аффекта;
- самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений;
- напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности);
- настойчивость;
- решительность;
- бескомпромиссность;
- низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

К социальным (социокультурным) факторам суицидального поведения могут быть отнесены кризисные процессы в обществе, неблагоприятная социально-экономическая ситуация, дефицит ценностно-смысловых ориентиров культуры, негативное влияние средств массовой информации и другие. В формировании суицидального поведения важная роль также отводится неблагоприятной социально-психологической ситуации разных периодов жизни человека:

- деформация семьи в детстве;
- конфликты в собственной семье;
- профессиональные и финансовые трудности;
- отсутствие обязанностей, жизненных ценностей;
- потеря межличностных связей;
- отсутствие религиозных убеждений.

Анализ неблагоприятных социально психологических ситуаций, лежащих в основе мотивационной составляющей суицида, оказывается необходимым элементом понимания случившегося. Таким образом, понимание личностных особенностей как предпосылки суицида предполагает обязательное наличие ситуационного фактора и связанного с этим социального или микросоциального конфликта, определяющих причины и мотивы суицидального поведения (Старшенбаум Г.В., 2005).

Важную роль в формировании суицидального поведения играет внутриспсихический конфликт. Конфликт формируется как столкновение нескольких мотивов переживаний и поведения, которые одновременно не могут быть удовлетворены. Практически это означает столкновение значимой потребности с препятствиями для её удовлетворения. Социально-психологическая ситуация, породившая этот конфликт, субъективно переживается как тупиковая. Личностные особенности суицидента не позволяют ему находить пути решения конфликта, поэтому выход из тупика видится только в прекращении существования. Другие возможные варианты разрешения конфликтной ситуации расцениваются как неприемлемые (Александровский Ю.А., 1997).

Условия и общий план арт-психотерапевтической помощи пациентам с суицидальным поведением в условиях психиатрического стационара

Общие сведения о суицидентах, поступающих в психиатрический стационар. В психиатрическую больницу Святого Николая Чудотворца Санкт-Петербурга нередко поступают пациенты с суицидальным поведением, многие из них – после совершенных суицидальных попыток. За 2013 – 2017 годы нами были отобраны 42 пациента с суицидальным поведением (31 женщина и 11 мужчин), большинство из них не страдали психотическими формами психических расстройств. Это были пациенты с пограничными нервно-психическими состояниями, преимущественно в форме невротической депрессии, ситуационных реакций, расстройствами адаптации и др. Их суицидальное поведение было представлено суицидальными попытками в форме отравления медикаментами – 10 человек; отравления бытовой химией – 3 человека; самоповреждения (порезы, прижигания кожных покровов и др.) – 12; попытка повешенья – 5; падение с высоты – 2. Саморазрушающее поведение в виде опасных видов спорта имело место у двоих; навязчивые мысли о смерти – 8 человек; тяжелые пресуициды – 3; угрозы – 4; демонстративные реакции – 6. Из 48 пациентов – 7 человек повторно поступившие, остальные поступили впервые. Возраст пациентов от 18 до 40 лет. Более всего из них приходится на возраст до 25 лет – 32 пациента. Из 48 пациентов инвалидность

имели 5 человек: 1 – по неврологическому заболеванию, 2 – по соматическому заболеванию и еще 2 – по смешанному заболеванию. Учащиеся и студенты – 9 человек, работающие – 7 человек, домохозяйки – 2 человека, 1 – получала пособие по уходу за родственницей инвалидом 1-ой группы, остальные на момент госпитализации не работали и не учились. Анамнез состояния здоровья выявил: вредные привычки в виде курения табака – 29 человек; злоупотребление алкоголем – 11 человек; эпизодическое употребление наркотиков – 5 человек; игровая зависимость – 3 человека. 16 пациентов поступили в нашу больницу после лечения на реанимационном отделении НИИ Скорой помощи, где им оказывалась необходимая медицинская помощь от 3 – х до 14 дней.

Мотивы суицидального поведения пациентов были следующие: призыв – 9 человек; уход от сложной жизненной ситуации 20; месть – 4; самонаказание, чувство вины – 7; бегство от наказания за совершенный проступок – 3; демонстративная реакция – 6.

Находясь на остром отделении, все пациенты получали симптоматическое, общеукрепляющее лечение. Наряду с ним, как только позволяло состояние здоровья пациента, была начата кризисная арт-психотерапия. По нашим наблюдениям, на всех этапах работы с данными пациентами, приоритетными методами являются: метод осознанности и метод работы с эмоциональным интеллектом. Метод осознанности (майндфулесс) – это часть когнитивной психотерапии, направленной на самоисследование, самонаблюдение за своими физиологическими и психическими процессами, исследование своих эмоций и мыслей в данный момент и в данном месте, научение перенаправлять негативные мысли из-за которых становится не комфортно («негативный внутренний диалог»).

Эмоциональный интеллект (Андреева 2004) представляет собой совокупность эмоциональных и социальных способностей, таких как способности к пониманию собственных эмоций и эмоций других людей, к управлению эмоциональной сферой и самомотивации. Все структурные компоненты эмоционального интеллекта взаимосвязаны, и их тесная взаимозависимость способствует эффективному межличностному взаимодействию. Исследование, проведенное Менделевич и Пырковой (2015), показало, что у пациентов с невротическими расстройствами уровень эмоционального интеллекта снижен. У них, в частности, снижен внутриличностный эмоциональный интеллект, что проявляется в слабо развитой способности управлять своими эмоциями (вызывать и поддерживать желательные эмоции и держать под контролем нежелательные).

1 этап кризисной арт-психотерапии – кризисная поддержка. Кризисная поддержка является основным подходом кризисной терапии на её первом этапе. Терапевтическими мишенями данного этапа служат в основном эмоционально-стрессовые реакции в виде аффектов тоски, тревоги, обиды и враждебности, бессилия и беспомощности. Нередко состояние суицидентов было настолько подавлено, что первые попытки контакта были крайне затруднены.

Однако, уже через несколько дней появлялась возможность общения с пациентом, возможность «прокладывания пути» к доверительным, доброжелательным отношениям. При этом психотерапевт терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики выслушивает пациента, тогда проходит чувство эмоциональной изоляции и безнадежности. Если же словесный контакт затруднен, тогда «приходит на помощь арт-терапия». Основные свойства арт-терапии это: метафоричность, ресурсность, «троичность».

То есть: любой художественный продукт, выполненный пациентом, любое произведение искусства, фотография – несут метафору, которую можно обсуждать, осознавать.

Всякое творчество, даже рассматривание художественных произведений (в том числе фотографий) – выявляет ресурсы. «Троичность» в арт-терапии: между арт-терапевтом и пациентом всегда существует произведение искусства, поэтому в арт-терапии всегда – три участника терапии. Арт-терапия основана на использовании невербальных средств художественной выразительности, именно поэтому она может служить оценкой разных психических феноменов в тех случаях, когда речевой контакт с пациентом затруднен Пациенту можно предложить рассматривание арт-терапевтических ассоциативно – метафорических карт с выбором наиболее заинтересовавших его фотографий («Спектрокарты» Халкола У., Копытин А.И., 2012).

На первых этапах пациенты, как правило, выбирают фотографии, имеющие суицидальную направленность (рис. 1).



Рис. 1.



Рис. 2.

В последующей встрече можно предложить пациенту совместный с терапевтом рисунок, заменяющий словесный диалог. Он всегда направлен на поддержку пациента (рис. 2).

На первом этапе кризисной арт-психотерапии мы используем элементы терапии занятостью: раскрашивание мандал, раскрашивание «ключей дракона» (работа с фракталами). Эти техники направлены на отвлечение пациента от проблемной ситуации.

Используем метод спонтанного рисунка, отражающий состояние пациента. Вместе с пациентом выявляем его потребности, используя метод «каракулей». Все эти методы снижают аффективно – стрессовые реакции, позволяют выявить мишени воздействия арт-психотерапевтической работы.

Однако, часто пациенты возвращаются к воспоминаниям о своих кризисных ситуациях. Они вначале рисуют эмоционально, передавая своё состояние, а уже потом начинают рассказывать о нем (рис. 3 и 4).

Иногда стрессовая реакция оказывается настолько сильной, что оказывает негативное влияние не только на психику, но затрагивает и соматическую сферу (рис. 5).

После относительной стабильности состояния пациента ему может быть предложено исследование эмоциональной сферы с помощью проективных рисуночных тестов (Романова Е.С., 2002), или методом цветового выбора (Бажин Е.Ф., Эткинд А.М., 1978). В последнее время мы используем новую разработку – арт-конструктор (ТХЭВ) «Тест художественно – эмоционального восприятия» (Копытин А.И., Черенков Р.А., 2016), позволяющий диагностировать эмоциональную сферу личности, прежде всего способности к дифференцированному восприятию эмоций и чувств, выражаемых



Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 6.

в формах художественной и телесной экспрессии (абстрактных живописных картинах и силуэтах человеческих фигур). В ходе работы было проведено с 14 пациентами данной категории два диагностических среза: первый – на 1 этапе кризисной терапии и второй – по окончании арт-психотерапии, в конце 3-го этапа (рис. 6).

Задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидоопасных тенденций и позволяет перейти к работе с личностью суицидентов, коррекции отношений и самоотношения, когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов. Данная работа более характерна для **второго этапа кризисного вмешательства**.

Через 2-2,5 недели пребывания пациента на остром отделении (5-6 занятий с психотерапевтом), при заметной стабилизации состояния, после дополнительных методов клинического обследования, исследования клинического психолога, пациент может быть переведен на лечебно – реабилитационное отделение для продолжения комплексного лечения. Это отделение является смешанным в гендерном отношении, имеет расширенный режим реабилитации. На данном отделении находятся пациенты различного психиатрического профиля в стабильном психическом состоянии.

Кризисное вмешательство является основным этапом кризисной терапии и имеет своей целью, прежде всего, реконструкцию нарушений микросоциальной сферы пациента. Выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы выхода из кризисной ситуации, имеет



Рис. 7.



Рис. 8.

большое значение, поскольку данные установки являются одной из причин суицидоопасных реакций. Как правило, подобные установки формируются в детстве под влиянием неблагоприятных условий воспитания, глубоко травмируют личность, что затрудняет осознание их неадаптивности и препятствует их психотерапевтической коррекции. В качестве неадаптивных установок выступает неприятие, даже на непродолжительное время, одиночества, а также представление об отсутствии у себя возможностей, необходимых для создания и сохранения пары.

На данном этапе нередко обращение к прошлому опыту, проработка детских травм, о которых пациенты старались никогда не вспоминать и никому не рассказывать. Когда же им удалось выразить свои детские травмы (рис. 7), это помогло разобраться в них, осознать причину многих своих бед, лучше понять кризисные ситуации.

Важной мишенью, в работе с суицидентами, является тема представления и осознания смерти. Как они представляют свою смерть, к которой стремились?

Для некоторых пациентов смерть – «это сплошной мрак и темнота», «все погасло», для других – «уютная могилка» или «радужный, бесконечный тоннель», для кого – то представление о смерти связано «с картиной пышных похорон, где все родственники стоят вокруг гроба, звучит похоронная музыка, все плачут, жалеют и хвалят меня, а я – невидимый ангел, все это наблюдаю» (рис. 8).

Оказалось, что большинство суицидентов никогда не задумывались о том, чтобы рассмотреть факт своей смерти со всех сторон. Для осознания этого мы предложили им использовать «квадрат Декарта», то есть ответить на вопросы: «Что бы могло случиться, если бы это произошло? Что бы могло случиться, если бы это не произошло? Что бы не могло случиться, если бы это произошло? И что бы- не могло случиться, если бы это не произошло?» Нередко над этой «головоломкой» они думали несколько дней. Иногда им было легче нарисовать, а потом описать словами свои переживания и представления, связанные со своим уходом из жизни. Многие пациенты впервые осознавали жизненные ценности.

Важной частью арт-психотерапевтической программы является мобилизация и развитие эффективных способов преодоления стрессовых ситуаций (копинг-стратегий), закрепление антисуицидальных факторов. Затрагивались родительские чувства и обязанности (в том числе, у разведенных мужчин, которые нередко забывали о своих детях). Рассматривались другие антисуицидальные факторы – страх смерти, эстетические переживания, отношение социума, религиозные воззрения. Значимую роль в качестве антисуицидальных факторов также играли воспоминания о позитивных событиях жизни, обращение к нереализованным возможностям и мечтам, которые можно было бы воплотить в реальность (рис. 9).



Рис. 9. Коллаж, отражающий позитивное настроение и нереализованные возможности



Рис. 10.

И наконец, мы начали использовать в арт-психотерапии с пациентами данной категории последнюю разработку наших специалистов – Архетипический арт-конструктор (Копытин А.И., Черенков Р.А., 2016). Эта методика может быть применена в процессе работы с последствиями травматического стресса (в частности, посттравматическим стрессовым расстройством). При работе с психологической травмой с использованием фонов и фигур – силуэтов, составляющих Архетипический арт-конструктор, пациентам предлагается, сочетая готовые фоны и фигуры и, в случае необходимости, создавая дополнительные детали, метафорически отразить психотравмирующую ситуацию и её последствия в виде серии 2-3 или более картин. Пациент должен подобрать такие фоны с изображением природных ландшафтов, которые метафорически передают картину его переживаний или внешний контекст в разные моменты развития психотравмирующей ситуации. Кроме того, ему предлагается подобрать такие фигуры – силуэты, которые могли бы метафорически передавать его восприятия самого себя и других участников ситуации. Постепенно выстраивается серия композиций, благодаря которой пациент начинает чувствовать больший контроль над травмирующими воспоминаниями. Психотерапевт также может помочь пациенту, предлагая ему изменить или дополнить созданную серию картин, а главное отразить выход из психотравмирующей ситуации и перспективу будущего (рис. 10).

При стабильном улучшении состояния пациента, наряду с индивидуальной арт-психотерапией предпринимается постепенное введение его в арт-терапевтическую группу, вначале – пробно, с перерывом, затем – длительно. **Групповая кризисная терапия – это третий этап**, главной задачей которого является повышение докризисного уровня адаптации. Занятия проводятся в студии 2 раза в неделю по 1-1,5 часа. Было бы желательно проводить арт-терапевтические занятия с группой суицидентов с целью целенаправленной поэтапной работы с острыми реакциями и личностью пациентов. Однако это не всегда возможно, так как подобных пациентов бывает на отделении одновременно 1-2-3 человека. Поэтому они занимаются вместе с остальными пациентами и затем отдельно от основной группы. Такая работа в целом выстраивается на основе модели клинической системной арт-терапии (САТ), которая осуществляет основные задачи по воздействию на симптоматические и личностные мишени при разных психических расстройствах (Копытин А.И., 2015).

На третьем этапе программы продолжают решаться задачи, связанные с личностью пациентов. При этом, как правило, обнаруживается их большая готовность обсуждать свои проблемы, воспринимать мнение участников группы с целью разрешения кризиса и профилактики его рецидивов в будущем. Для развития эмоционального интеллекта, используются техники: «Звезда чувств», «Карта чувств», «Работа с автопортретом по кругу», проработка основных десяти эмоций с рисованием мимического их выражения и примеров переживания в жизни этих эмоций. Работа с эмоциональным арт-конструктором (ТХЭВ) при повторном исследовании у суицидентов, в 40 %



Рис. 11.



Рис. 12. Фото пациента «Всюду жизнь»

обнаруживает улучшение функции левого полушария мозга (определение фигур в среднем увеличивается на 3 балла, определение фонов, – функция правого полушария, увеличилась на 2 балла). Это может указывать на улучшение когнитивных качеств (осознанности) и эмоционального интеллекта в процессе арт-психотерапевтических занятий с суицидентами.

Большое внимание уделяется продолжению работы с конфликтной ситуацией, а также преодолению иждивенческих настроений. За последнее время мы широко используем элементы эко- арт-терапии для осознания окружающей среды и роль собственного «Я» в этой среде. Этому посвящены темы: «Я – среди природы», «Я – среди людей», «Вид из окна».

Коммуникативные качества развиваются при выполнении работ в парах, в малых группах, в коллективных работах: «Наш город (Рис. 11), «Волшебный лес», «Фрески», газеты к праздникам. Важный акцент на всех занятиях делается на жизненных ресурсах, формировании жизнестойкости на примерах литературных, сказочных героев, на примере биографии художников, которые в своих произведениях отражали жизненные ресурсы, помогающие справиться с кризисными ситуациями (Айвазовский, Шишкин, Кустодиев).

После окончания активной терапии (1,5-2 месяца) идет подготовка к выписке из больницы через систему лечебных отпусков, во время которых пациент находится дома, но 1-2 раза в неделю посещает лечащего врача и психотерапевта, также он может в эти дни участвовать в групповых арт и психокоррекционных занятиях. Во время лечебного отпуска пациентам рекомендовано фотографировать свои впечатления, вести дневниковые записи, сочинять сказки и истории (рис. 12).

Таким образом, пациенты с суицидальным поведением, поступавшие в психиатрическую больницу Николая Чудотворца, были включены в среднем в двадцать индивидуальных и групповых арт-психотерапевтических занятий кризисной направленности. Безусловно, эти пациенты нуждаются в продолжении психотерапевтической поддержки в условиях ПНД.

У некоторых пациентов удалось проследить катамнез от 1 до 2,5 лет, который включал контроль уровня социально – психологической адаптации: трудовой деятельности, обучения в учебных заведениях, семейного положения, наличия детей, друзей, круга интересов, наличие реальных планов на будущее, степень удовлетворенности собой и жизнью в целом. Некоторые пациенты участвовали во встречах выписанных пациентов, которые проводятся в нашей больнице. Из тех пациентов, судьбу которых удалось проследить после выписки, мы получили: 7 человек проявили относительное благополучие на данном отрезке жизни (без госпитализаций, восстановление учебы, работы, семьи); 3 пациента лечились в психиатрической больнице, но без суицидоопасных тенденций; 5 пациентов активно лечились в ПНД; 3 – в дневном стационаре

больницы; 1 – пресуицид через 6 месяцев после выписки (госпитализация), причиной послужила смерть близких людей в автокатастрофе; 2 случая суицидальных попыток (из них один – в домашнем отпуске, другой – через 2,5 месяца после выписки). Оба случая – семейные конфликты.

Заключение. В реабилитации пациентов с суицидальным поведением на фоне пограничных нервно-психических состояний важное место в лечении принадлежит кризисной терапии. При этом арт-психотерапия играет важную роль. Она обладает целым рядом ценных свойств, а именно: обеспечивает возможность терапевтического контакта и оценки состояния и личности пациента при наличии проблем речевого контакта, защит и сопротивления; обеспечивает безопасное выражение сложных переживаний, их объективизации и осознания; раскрытие и активизацию личностных ресурсов. Личностно – ориентированный подход и направленность на осознанность и развитие эмоционального интеллекта в арт-психотерапии позволяют добиваться реконструкции личности суицидента, перестройки его отношений (включая самоотношение и микросоциальные отношения), коррекцию неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов, развитие комплекса навыков, важных для психосоциальной адаптации (эмпатия, коммуникативные качества, саморегуляция), включая стратегии совладания с кризисными ситуациями. Новые арт-терапевтические технологии – Тест художественно-эмоционального восприятия и Архетипический арт-конструктор оказывают существенную помощь в арт-психотерапевтической работе с пациентами, имеющими суицидальное поведение.

Литература:

1. Александровский Ю.А. (1997). Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. М.
2. Алимова М.А. (2014). Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул.
3. Андреева И.Н. (2012) Азбука эмоционального интеллекта. – СПб.: БХВ – Петербург.
4. Бейтман Э.У., Фонаш П. (2006). Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию. Практическое пособие. – М.: «Институт общегуманитарных исследований».
5. Берегулина Л. (2015). Применение арт-терапии в реабилитации пациентов психиатрической больницы с суицидальным поведением. // Исцеляющее искусство: международный журнал арт-терапии. №3. С.39-61.
6. Ефремов В.С. (2004). Основы суицидологии. СПб.: Издательство «Диалект».
7. Ильин Е.П. (2001). Эмоции и чувства. СПб: Питер.
8. Копытин А.И. (2015) Современная клиническая арт-терапия М.: Когито-Центр.
9. Копытин А.И. (2017) Арт-терапевтическая технология Архетипический арт-конструктор. – СПб.: Скифия.
10. Копытин А.И., Богачев О.В. (2009). Арт-терапия наркоманий: лечение, реабилитация, постреабилитация. М.: Психотерапия.
11. Копытин А.И., Черенков Р.А. (2016). Тест художественно – эмоционального восприятия: диагностические, развивающие, психотерапевтические возможности. Методическое пособие. СПб: «РОО «Арт-терапевтическая ассоциация».
12. Левковская О. (2014). Использование проективных рисуночных методик в исследовании самовосприятия и аффективной сферы у девочек – подростков с самоповреждающим поведением // Исцеляющее искусство: международный журнал арт-терапии. №3. С.4-39.
13. Менделевич В.Д., Пыркова К.В. Исследования эмоционального интеллекта и креативности у больных с невротическими расстройствами // Современные проблемы науки и образования. 2015. №3.;
14. Старшенбаум Г.В. (2005). Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр.
15. Холкола У., Копытин А.И. (2012). Спектрокарты: краткое методическое руководство по применению в психотерапии и психологическом консультировании. СПб.: Речь.

Григорьев И.С., Лесков А.Н.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИМПУЛЬСИВНАЯ АГРЕССИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В АНАМНЕЗЕ

Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Как отечественные, так и зарубежные авторы подчеркивают важную роль злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) в формировании агрессивного поведения психически больных [1; 2; 3; 4; 5; 6; 8; 10; 13; 15; 16; 20; 21]

Особый акцент делается на социальной опасности больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем и иными ПАВ. Указывается, что сочетанное употребление ПАВ в значительной степени увеличивает риск агрессивного и криминального поведения в этой группе больных – по данным В.Л. Cuffel – в 12 раз [13].

Вместе с тем, гиподиагностика коморбидной наркологической патологии у психически больных остается повсеместным явлением. Зачастую злоупотребление ПАВ не достигает уровня зависимости и не выносится в диагноз, но тем не менее, в значительной степени повышает риск криминального поведения психически больных лиц [21].

Внимание исследователей, однако, сосредоточено на влиянии коморбидного злоупотребления ПАВ на агрессивное и криминальное поведение психически больных вне стен психиатрического стационара. Как в случае работ, посвященных непосредственному влиянию употребления ПАВ [10; 14], так и в случае работ, затрагивающие его отдаленные последствия [7; 8; 9].

Нет единого мнения касательно механизма влияния ПАВ на агрессивное поведение психически больных. Одни авторы делают акцент на единстве патофизиологических механизмов импульсивного агрессивного поведения и злоупотребления ПАВ [22], другие рассматривают алкоголь лишь как «разрешающий» фактор, отрицая наличие отдаленного влияния на риск агрессивного поведения [10; 14; 16], третьи – указывают на нарастание импульсивности при употреблении ПАВ, вследствие необратимых изменений в головном мозге [11; 12; 17; 18; 19; 23].

Таким образом, несмотря на появление современных методов нейровизуализации, механизм влияния ПАВ на агрессивное поведение психически больных изучен недостаточно. В то же время, повседневная психиатрическая практика, связанная как с прогнозированием внутрибольничной агрессии, так и с разработкой долгосрочных лечебно-реабилитационных программ, требует большей ясности в вопросе отдаленных последствий употребления ПАВ в условиях, исключающих употребление.

Цель. Оценить влияние злоупотребления психоактивными веществами в анамнезе на внутрибольничное агрессивное поведение психически больных.

Задачи. Выявить психоактивные вещества, злоупотребление которыми в наибольшей степени повышает риск агрессивного поведения в стационаре, а также исследовать их влияние на формирование клинических факторов риска агрессивного поведения.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 138 пациентов мужского пола в возрасте от 16 до 79 лет ($43,42 \pm 14,21$), проходивших лечение в СПбГКУЗ «Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца».

Чтобы получить всестороннее представление об агрессивном поведении пациентов в условиях психиатрического стационара, а также для того, чтобы оценить влияние длительности депривации приема ПАВ на характер агрессивного поведения, в исследование были включены пациенты отделений специализированного и общего типа.

Критерием исключения являлся основной диагноз психического расстройства или расстройства поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ (F1x.xx).

60 пациентов (43,5 %) проходили принудительное лечение в 8 отделении специализированного типа СПбГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца». 78 больных (56,5 %) находились в 15 отделении общего типа, из них 3 человека (2,2 %) – проходили принудительное лечение, 16 человек (11,6 %) были госпитализированы недобровольно (2 человека (1,4 %) – по пункту

«а», 3 (2,2 %) – по пункту «в», 11 (8,0 %) – по пунктам «б» и «в» Федерального Закона «О психиатрической помощи»).

При работе с пациентами оценивался их психический статус, изучалась имеющаяся документация (истории болезни, акты судебно-психиатрической экспертизы, акты освидетельствования врачами комиссиями, постановления судов). Регистрация факторов риска агрессивного поведения осуществлялась с использованием шкал HCR-20 (Webster C.D., 1997) и PCL-SV (Screening Version of the PCL-R; Hart D., Cox D.N., & Hare R.D., 1995).

В отделении специализированного типа в период с 01.01.2013 по 31.12.2014 и в отделении общего типа с 01.05.2017 по 31.07.2017 осуществлялась регистрация проявлений агрессии со стороны пациентов, с использованием стандартизированной шкалы регистрации агрессивного поведения психически больных – модифицированной шкалы открытой агрессии – MOAS (Modified Overt Aggression Scale) (Kay S.R., 1988). Данная шкала представляет собой перечень проявлений агрессии, разделенный на рубрики по виду и выраженности. Регистрационная форма ежедневно заполнялась ответственной медсестрой отделения.

Статистический анализ осуществлялся с помощью модулей программ Microsoft Excel 2003 и SPSS Statistics 17.0.

Результаты и обсуждение. Пациенты отделения специализированного типа были несколько моложе пациентов отделения общего типа (средний возраст $40,37 \pm 4,07$ и $45,52 \pm 13,97$ лет, соответственно, $p=0,024$). В отделении специализированного типа к моменту включения в исследование больные находились от 9 до 2174 дней (в среднем $523,5 \pm 591,48$ дней), срок наблюдения составил от 33 до 729 дней (в среднем $427,5 \pm 220,14$ дней).

В отделении общего типа 28 пациентов (35,9 %) поступили в отделение в период проведения исследования, 50 больных (64,1 %) находились в отделении к моменту начала исследования от 1 до 1019 дней (в среднем $130,77 \pm 238,11$ дней), средний срок участия в исследовании составил $56,78 \pm 28,02$ (от 4 до 91 дня). Следовательно, пациенты специализированного отделения гораздо дольше находились в условиях исключаящих употребление ПАВ, чем пациенты общего отделения ($p < 0,0001$).

Пациенты общего и специализированного отделения значимо не отличались по установленным диагнозам ($p=0,851$). В отделении специализированного типа 43,3 % (26 человек) страдали психическими расстройствами из диагностической группы МКБ-10 F2 – «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», у 27 человек (45 %) были диагностированы психические расстройства из рубрики F0 «Органические, включая симптоматические психические расстройства», у 6 человек (10 %) была установлена умственная отсталость, а 1 страдал смешанным расстройством личности (1,7 %).

В отделении общего типа 53,8 % (42 человека) страдали психическими расстройствами из диагностической группы МКБ-10 F2 – «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», у 32 человек (41,0 %) были диагностированы психические расстройства из рубрики F0 «Органические, включая симптоматические психические расстройства», у 2 человек (2,6 %) была установлена умственная отсталость, а 2 страдали смешанным расстройством личности (2,6 %).

Что касается диагностики сопутствующей основному заболеванию наркологической патологии, то у пациентов специализированного отделения чаще ($p < 0,0001$) устанавливался сопутствующий диагноз зависимости от употребления того или иного ПАВ. Это обусловлено, тем, что все пациенты специализированного отделения подверглись комплексной судебно-психиатрической экспертизе, в то время как, диагностические возможности отделения общего типа, в связи с нехваткой наркологов, ограничены.

Среди пациентов специализированного отделения ненасильственные ООД совершили 26,7 % (16 человек), имущественные ООД, сопряженные с нетяжелым насилием – 13,3 % (8 человек), ООД, направленные против половой неприкосновенности – 13,3 % (8 человек), убийства, тяжкие телесные повреждения – 46,7 % (28 человек). Впервые совершали ООД 24 человека (40 %), повторно – 36 человек (60 %).

Таким образом, 44 человека (73,3 %) проходили принудительное лечение в связи с совершением правонарушений, направленные против жизни и здоровья граждан.

Среди пациентов общего отделения общего типа 21 человек (26,9 %) также совершал правонарушения в анамнезе, и 1 (1,3 %) из них – с применением насилия. Лишь 3 (3,85 %) из них находились в отделении на принудительном лечении в момент проведения исследования.

Пациенты специализированного отделения имели больший средний балл по шкале HCR-20, чем пациенты общего отделения ($27,15 \pm 4,54$ и $20,68 \pm 5,74$, $p < 0,0001$) они чаще совершали насилие в прошлом ($p < 0,0001$), и чаще – в молодом возрасте (до 20 лет) ($p < 0,0001$), у них, как правило, отмечались проблемы адаптации в раннем возрасте ($p < 0,0001$), связанные, прежде всего, с деликвентным и агрессивным поведением в школе. Также эти пациенты чаще нарушали режим отделения в прошлые госпитализации, и не соблюдали режим амбулаторного принудительного лечения ($p < 0,0001$). В клинической картине у пациентов отделения специализированного типа в большей степени было выражено снижение критических способностей, они реже были способны к критической оценке своего заболевания и поведения ($p = 0,027$), чаще имели нереалистичные планы на будущее ($p < 0,0001$), и обнаруживали отрицательно отношение к проводимому лечению ($p = 0,001$). Вместе с тем, у пациентов общего отделения более часто отмечалась активная психотическая симптоматика, прежде всего, в виде галлюцинаторных феноменов и параноидного бреда ($p < 0,0001$). Пациенты отделения специализированного типа имели более серьезные социальные проблемы, связанные с отсутствием поддержки со стороны родственников ($p < 0,0001$), неблагоприятным окружением (проживание с потребителем ПАВ, конфликтные отношения с соседями и родными, криминогенная среда) ($p < 0,0001$). Пациенты отделения специализированного типа имели больший балл по шкале PCL-SV ($16,88 \pm 4,09$ и $11,29 \pm 3,77$, $p < 0,0001$), чаще обнаруживали такие психопатоподобные черты, как эмоциональная поверхностность ($p < 0,0001$), завышенная самооценка и претенциозность в поведении ($p = 0,007$), лживость ($p = 0,05$), слабая способность к эмпатии ($p < 0,0001$), внешнеобвинительный тип реагирования ($p < 0,0001$), импульсивность и безответственность в поведении ($p = 0,029$), в подростковом и взрослом возрасте они обнаруживали склонность к персистирующему антиобщественному поведению, достигающему криминального уровня ($p < 0,0001$).

Среди пациентов, находившихся на принудительном лечении в отделении специализированного типа, злоупотребляли ПАВ 46 человек (76,7 %). Алкоголем злоупотребляли – 46 человек (76,7 %), амфетаминами – 11 пациентов (18,3 %), Каннабиноидами – 11 человек (18,3 %), опиоидами – 7 (11,7 %) человек, полисубстантное употребление ПАВ отмечалось у 13 человек (21,7 %). 100 % пациентов, злоупотреблявших несколькими ПАВ, злоупотребляли алкоголем, 84,6 % (11 человек) – амфетаминами, 53,8 % (7 человек) – Каннабиноидами, 53,8 % (7 человек) – опиоидами. 2 психоактивных вещества употребляли 6 человек (46,2 %), 3 – 2 человека (15, 4 %), и 4 ПАВ употребляли 5 человек (38,5 %).

Среди пациентов, проходивших лечение в отделении общего типа, злоупотребляли ПАВ 49 человек (62,8 %). Алкоголем – 40 человек (51,3 %), амфетаминами – 12 человек (15,3 %), каннабиноидами – 10 человек (12,8 %), опиоидами – 5 человек (6,4 %), полисубстантное употребление ПАВ зарегистрировано у 11 человек (15,4 %). Пациенты с полисубстантным злоупотреблением в 50 % случаев (6 человек) злоупотребляли алкоголем, в 83,3 % (10 человек) амфетаминами, в 83,3 % (10 человек). Каннабиноидами, в 33,3 % (4 человек) опиоидами. 2 психоактивных вещества употребляли 8 пациентов (66,7 %), 3 ПАВ – 2 человека (16,7 %), 4 ПАВ – 2 человека (16,7 %).

Следует отметить, что в отделении специализированного типа лишь в трети случаев злоупотребления (у 15 из 46 (32,6 %)), а в отделении лишь у 1 пациента из 49 (2 %) был установлен сопутствующий наркологический диагноз.

Как мы видим, пациенты, совершившие правонарушения и проходившие принудительное лечение в отделении специализированного типа, чаще злоупотребляли алкоголем, чем пациенты, проходившие лечение в общем отделении ($p = 0,002$).

Кол-во пациентов, злоупотреблявших несколькими ПАВ в обеих группах значимо не отличалось ($p = 0,344$), однако пациенты из судебно-психиатрической популяции, чаще чем пациенты общего отделения, злоупотребляли 3-4 ПАВ разных групп (53,9 % и 33,4 % среди пациентов полисубстантным употреблением ПАВ ($p = 0,027$)).

За 24 месяца (729 дней) с 01.01.2013 по 31.12.2014 среди пациентов отделения специализированного типа было зарегистрировано 269 агрессивных проявлений (0,4 в день), из них: 16 (5,9 %) – проявления физической агрессии, 251 (93,3 %) носили характер вербальной агрессии, 1 (0,4 %) – разрушительные действия в отношении предметов, 1 (0,4 %) – аутоагрессивные действия. Агрессивные проявления были зарегистрированы у 43 (71,7 %) человек, в среднем $4,45 \pm 8,40$ проявлений (от 1 до 53). При этом 120 (44,77 %) проявлений агрессии было зарегистрировано у 4 пациентов.

В отделении общего типа в период с 01.05.2017 по 31.07.2017 (91 день) 28 пациентов (35,9 %) проявляли агрессию. Было зарегистрировано 200 агрессивных проявлений (2,2 в день), из них 152 проявления (76 %) – вербальная агрессия, 17 (8,5 %) – физическая, 31 (15,5 %) – разрушительные действия в отношении предметов.

Таким образом, пациенты отделения общего типа проявляли агрессию в 5,05 раз чаще, чем пациенты отделения специализированного типа.

В отделении специализированного типа 57,6 % (144) проявлений вербальной агрессии имели характер неперсонифицированных ругательств в ответ на требования медицинского персонала или в ходе конфликтных ситуаций между больными, в 36,0 % (90) случаев проявления вербальной агрессии был направлен конкретно в адрес медперсонала или больных, сопровождалась грубой нецензурной бранью, в 8 случаях (3,2 %) вербальная агрессия проявлялась угрозами нанесения вреда пациентам, в 8 случаях (3,2 %) угрозы были неоднократными в течение дня, пациенты были близки к физической агрессии.

В отделении общего типа 39,5 % (79) проявлений вербальной агрессии имели характер неперсонифицированных ругательств, были ничем не спровоцированы, либо возникали в ходе конфликтных ситуаций между больными, в 33,5 % (67) случаев проявления вербальной агрессии был направлен конкретно в адрес медперсонала или больных, сопровождалась грубой нецензурной бранью, в 3 случаях (1,5 %) вербальная агрессия проявлялась угрозами нанесения вреда пациентам и медсестрам, в 3 случаях (1,5 %) угрозы были неоднократными в течение дня, пациенты были близки к физической агрессии.

Разрушительные действия в отношении предметов в отделении специализированного типа наблюдались однократно – пациент в ответ на требование медперсонала предоставить плеер на проверку нецензурно бранился и разбил его. А вот в отделении общего типа этот вид агрессивного поведения встречался гораздо чаще. Здесь в 21 (10,5 %) случае разрушительные действия в отношении предметов проявлялись в виде порчи одежды – пациенты рвали на себе пижаму, в 2 случаях (1 %) пациенты мочились на пол в надзорной палате, 8 случаях (4 %) пациенты толкали мебель и стучали по стенам. Все разрушительные действия в отношении предметов реализовались по импульсивному спонтанному (психотическому) механизму.

Аутоагрессивные действия оказались редким феноменом и наблюдались лишь у одного пожилого пациента специализированного отделения, получившего перелом шейки бедра. Будучи неспособным ходить, он пытался повеситься на спинке кровати. В отделении общего типа аутоагрессивных действий пациентов вовсе зарегистрировано не было.

В судебно-психиатрической популяции физическая агрессия в 6 случаях (2,23 %) проявлялась угрожающими жестами, хватанием за одежду, в 9 случаях (3,35 %) толчками и ударами без нанесения каких-либо повреждений и в 1 случае (0,37 %) сопровождалась причинением ушибов. Все случаи физической агрессии были направлены против других пациентов и происходили в отсутствие медицинского персонала (в палате или туалете).

Физической агрессии, как правило, предшествовал вербальный конфликт между пациентами.

В отделении общего типа проявления физической агрессии в 13 случаях (6,5 %) проявлялась угрожающими жестами, хватанием за одежду, носила спонтанный (психотический) характер, в 1 случае (0,5 %) толчками и ударами без нанесения каких-либо повреждений и в 3 случаях (1,5 %) сопровождалась причинением ушибов. Все случаи физической агрессии были направлены против других пациентов и происходили в коридоре и надзорной палате.

Можно предположить, что в большинстве случаев пациенты специализированного отделения старались скрыть проявления физической агрессии от медперсонала, в отличие от пациентов

общего отделения. К наиболее тяжелым последствиям в виде ушибов приводили конфликты, которым предшествовал бытовой или личностный конфликт между двумя пациентами, как в отделении общего типа, так и в специализированном. То есть агрессивное поведение в этих случаях реализовывалось по импульсивно-реактивному механизму.

В целом, данный механизм реализации агрессивного поведения был характерен для пациентов отделения специализированного типа. Абсолютное большинство – 40 пациентов (93,0 %) проявляли агрессию реактивно (в ходе бытовых конфликтных ситуаций, в ответ на замечание медперсонала), лишь у 14,0 % (6 пациентов) регистрировались спонтанные проявления импульсивной агрессии, связанные с обострением основного заболевания и актуализацией продуктивной психотической, либо кататонической, симптоматики. У 3 пациентов (7 %) отмечались как спонтанные, так и реактивные импульсивные проявления агрессии.

В отделении общего типа агрессивное поведение гораздо чаще реализовывалось по импульсивно-психотическому механизму (спонтанно) ($p=0,006$) – 14 (50 %) агрессивных пациентов, однако импульсивно-реактивный механизм реализации агрессивного поведения, также был не редок – 20 (71,4 %) пациентов. В 3 раза чаще, чем в отделении специализированного типа в 21,6 % случаев (у 6 пациентов) отмечались как спонтанные, так и реактивные проявления импульсивной агрессии.

Таким образом, в судебно-психиатрической популяции преобладали ситуационно-спровоцированные (реактивные) проявления агрессии, а среди пациентов общего отделения одинаково часто проявления импульсивной агрессии, реализовались как по спонтанно так и реактивно.

И в общем отделении и в специализированном у агрессивных пациентов регистрировался более высокий балл по шкале HCR-20 ($24,93 \pm 4,48$ и $18,30 \pm 4,97$, $p < 0,0001$; $27,98 \pm 4,53$ и $25,06 \pm 3,94$, $p < 0,0001$). Вместе с тем, более высокий балл в этих двух группах агрессивных пациентов достигался за счет разных факторов. Большая выраженность у агрессивных пациентов общего отделения «клинических факторов» (подшкала «С», $p < 0,0001$): продуктивной психотической симптоматики, импульсивности, отрицательно отношение к проводимой терапии в отделении общего типа – обуславливала спонтанно-импульсивный механизм реализации агрессивного поведения у многих пациентов. В судебно-психиатрической популяции не было значимых отличий между агрессивными и неагрессивными пациентами по «клинической подшкале» ($p=0,480$), и соответственно по выраженности психотической симптоматики ($p=0,751$). Однако у агрессивных были более выражены признаки, характеризующие персистирующее реактивно-агрессивное поведение в анамнезе, и соответственно они имели более высокий балл по «анамнестической» подшкале HCR-20 ($14,12 \pm 3,42$ и $12,00 \pm 2,45$, $p=0,011$).

В судебно-психиатрической популяции не было выявлено непосредственной связи злоупотребления каким-либо ПАВ в анамнезе и агрессивным поведением в стационаре. Агрессивные и неагрессивные пациенты одинаково часто злоупотребляли алкоголем до начала принудительного лечения (79,1 % (34 человека) и 70,6 % (12 человек) соответственно, $p=0,428$).

Однако тяжесть ($r=0,389$, $p=0,002$) и кол-во зарегистрированных агрессивных действий ($r=0,357$, $p=0,005$) у пациентов отделения специализированного типа коррелировали с наличием в клинической картине эмоциональной бесконтрольности, которая являлась предпосылкой реализации импульсивной агрессии по реактивному механизму. В целом, у агрессивных пациентов специализированного отделения достоверно чаще отмечались такие личностные черты как эмоциональная поверхностность, заключающаяся в неспособности к сопереживанию и в полном пренебрежении к чувствам, правам и благополучию других людей ($p=0,003$), лживость ($p=0,005$), слабый контроль за своим поведением, обусловленный, прежде всего, слабостью волевого контроля за эмоциональными импульсами ($p=0,0016$), завышенная самооценка ($p=0,023$), безответственность ($p=0,01$), склонность к манипулированию ($p=0,001$). В анамнезе у таких пациентов, как правило, уже отмечались нарушения больничного режима ($p=0,028$). Пациенты, проявлявших физическую агрессию, часто не видели смысла в приеме лекарственных препаратов и стремились уклониться от назначенной терапии ($p=0,04$). Таким образом, импульсивно-агрессивное поведение у пациентов отделения специализированного типа определялось выраженностью психопатоподобной

симптоматики диссоциального круга, отмечались не только поведенческие проявления психопатоподобного синдрома ($p=0,017$), но и выраженные явления личностной деформации ($p=0,002$)

В связи с этим у агрессивных пациентов здесь средний балл по шкале PCL-SV, был более высоким, чем у неагрессивных пациентов ($17,88\pm 3,78$ и $14,35\pm 3,87$, $p=0,002$).

Среди пациентов общего отделения агрессивные пациенты в 1,5 раза чаще злоупотребляли алкоголем, чем неагрессивные (67,9 % (19 человек) и 42,0 % (21 человек), $p=0,029$). Наиболее выраженные различия отмечались в группе пациентов, страдавших заболеваниями шизофренического спектра (F2) (64,3 % (9 человек) и 25,0 % (7 человек), $p=0,015$).

Злоупотребление алкоголем в анамнезе у пациентов общего отделения ассоциировалось, прежде всего, с реактивными проявлениями импульсивной агрессии ($p=0,05$). Так проявлявшие спонтанную агрессию злоупотребляли алкоголем в 62,5 % случаев (5 человек), а проявлявшие реактивную агрессию – в 85,7 % случаев (12 человек). У пациентов, агрессивных и злоупотреблявших алкоголем в анамнезе отмечался более высокий балл шкале PCL-SV ($12,2\pm 13,74$ и $10,70\pm 3,72$, $p=0,024$). Однако психопатоподобные проявления у этих пациентов, в отличие от больных отделения специализированного типа, отмечались лишь на поведенческом уровне ($p=0,0024$). Вне психотического состояния у реактивно агрессивных пациентов чаще отмечались поведенческие нарушения в быту, вербальная агрессия в адрес родственников, уходы из дома, склонность к необдуманным поступкам. Выраженной деформации личностных черт не отмечалось ($p=0,339$).

Злоупотребление иными ПАВ: каннабиноидами, амфетаминами, опиоидами, так же как и сочетанное злоупотребление ПАВ – значимо не различалось среди агрессивных и неагрессивных пациентов как в отделении специализированного типа ($p=0,517$; $p=0,517$; $p=0,384$, $p=0,827$ соответственно), так и в отделении общего типа ($p=0,774$; $p=0,395$; $p=0,844$, $p=0,841$ соответственно).

Не было также подтверждено, что пациенты, с полисубстантным злоупотреблением ПАВ чаще совершают насильственные правонарушения. Напротив они чаще совершали ООД, направленные против собственности и связанные с незаконным оборотом наркотических средств ($p=0,014$). что статистически увеличивает вероятность общественно-опасного деяния вне стационара в большей степени, чем злоупотребление одним лишь алкоголем ($p=0,005$). В группе пациентов, злоупотреблявших алкоголем, совершали ООД 65,1 % (56 человек), а в группе с полисубстантным употреблением ПАВ 84 % (21 человек).

Выводы. Результаты настоящего исследования показывают, что сопутствующее злоупотребление ПАВ не оказывает значимого влияния на склонность к спонтанному (импульсивно-психотическому) проявлению агрессии в условиях психиатрического стационара ($p=0,473$). Полисубстратное злоупотребление ПАВ также не влияет на склонность пациентов к импульсивно-агрессивному реагированию, однако в значительной степени увеличивает вероятность ненасильственных общественно-опасных действий вне стен стационара.

Злоупотребление алкоголем, особенно в группе больных шизофренией, увеличивают склонность к поведенческим нарушениям, обусловленным нарастанием импульсивности. В условиях, исключающих прием алкоголя, они продолжают какое-то время (недели-месяцы) определять риск реактивно-импульсивной (спровоцированной) агрессии. При более длительном периоде депривации приема алкоголя (месяцы-годы) склонность к реактивному (спровоцированному) проявлению импульсивной агрессии определяется выраженностью личностной деформации по диссоциальному типу (неспособность к сопереживанию, пренебрежение к чувствам, правам и благополучию других людей, лживость, слабостью волевого контроля за эмоциональными импульсами, завышенная самооценка, безответственность, склонность к манипулированию) ($p=0,002$). Данные проявления в некоторых случаях сопутствуют злоупотреблению алкоголем, в других же, вероятно, формируются под его влиянием.

Таким образом, в комплексе мероприятий, направленных на оценку риска импульсивно-агрессивного поведения психически больных в стационаре, необходимо более пристальное внимание уделять диагностике сопутствующей наркологической патологии. Также необходимо оценивать выраженность личностной деформации по диссоциальному типу, в том числе, с применением стандартизованных шкал (PCL-SV).

Литература

1. Двирский А. А. Гетеро-и аутоагрессивные действия (синдром Камбиса-Ван Гога) у больных шизофренией со скрытой и проявившейся эпилепсией в сочетании с алкоголизмом //Первый национальный конгресс по социальной психиатрии «Психическое здоровье и безопасность в обществе. (Научные материалы).-М.– 2004. – С. 43-44.
2. Дмитриева Т.Б., Антонян Ю.М., Горинов В.В. Психопатологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. 1999. №4. с. 4-9
3. Котов В. П., Мальцева М. М. Диагностика потенциальной общественной опасности больных с психическими расстройствами //Функциональный диагноз в судебной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. М. – 2001. – С. 166-93.
4. Лесная Н.Н. Личностные факторы комплайентности больных с алкогольной зависимостью //Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004.-№.3.- с.89-91.
5. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М.: Медицина, 1995. 256 с
6. Петрюк О.П. Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учетом качества жизни пациентов //Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004.-№.3.- с.99-102.
7. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. – Л.: Медицина, 1970. – 391 с.
8. Стрельчук И.В.Интоксикационные психозы. М.: Медицина, 1970. 304 с.
9. Усов Г.М. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами (клинико-патогенетический и реабилитационный аспекты): автореферат дис.... д-ра мед. наук: 14.00.18; Омская гос. мед. акад. - Томск, 2008. - 47 с.
10. Alnæk Э., Erkæran М., Mutlu E. Substance use is a risk factor for violent behavior in male patients with bipolar disorder //Journal of affective disorders. – 2016. – V. 193. – p. 89-93.
11. Blair R. J. R. The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior //Brain and cognition. – 2004. – V. 55. – №. 1. – p. 198-208.
12. Brower M. C., Price B. H. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review //Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. – 2001. – V. 71. – №. 6. – p. 720-726.
13. Cuffel B. J. et al A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia //The Journal of nervous and mental disease. – 1994. – V. 182. – №. 12. – p. 704-708.
14. Dongen J. D. M. van, Buck N. M. L., van Marle H. J. C. Positive symptoms, substance use, and psychopathic traits as predictors of aggression in persons with a schizophrenia disorder //Psychiatry research. – 2016. – V. 237. – p. 109-113.
15. Dorn R., van, Volavka J., Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? //Social psychiatry and psychiatric epidemiology. – 2012. – V. 47. – №. 3. – p. 487-503.
16. Fazel S. et al Schizophrenia, substance abuse, and violent crime //Journal of the American Medical Association. – 2009. – V. 301. – №. 19. – p. 2016-2023.
17. Hulbert S., Adeli H. Spotting psychopaths using technology //Reviews in the neurosciences. – 2015. – V. 26. – №. 6. – p. 721-732.
18. London E. D. et al Orbitofrontal cortex and human drug abuse: functional imaging //Cerebral cortex. – 2000. – V. 10. – №. 3. – p. 334-342.
19. Moeller F. G. et al Psychiatric aspects of impulsivity //American journal of psychiatry. – 2001. – V. 158. – №. 11. – p. 1783-1793.
20. Morissey K., Hogue T., Mooney P. Predictive validity of the PCL-R in offenders with intellectual disability in a high secure hospital settings: institutional aggression //The journal of forensic psychiatry and psychology. 2007. №18, Vol. 1. p. 1-15.
21. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour //The British Journal of Psychiatry. – 2000. – V. 176. – №. 4. – p. 345-350.
22. Swann A. C. et al Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse //Bipolar disorders. – 2004. – V. 6. – №. 3. – p. 204-212.
23. Umbach R., Berryessa C. M., Raine A. Brain imaging research on psychopathy: Implications for punishment, prediction, and treatment in youth and adults //Journal of criminal justice. – 2015. – V. 43. – №. 4. – p. 295-306.

Гречаный С.В.

ТРУДНЫЕ СЛУЧАИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА, НАЧИНАЮЩЕГОСЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

СПбГПМУ, Санкт-Петербург

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) относится к заболеваниям, начинающимся преимущественно в детско-подростковом и молодом возрасте. Дебют расстройства в среднем приходит на 10-25 лет. Среди больных преобладают лица мужского пола. В четверти случаев симптомы ОКР наблюдаются уже до 14 лет. У мальчиков расстройство в 1/3-1/4 случаев начинается до 10 лет. Раннее начало заболевания предрасполагает к длительному хроническому его течению. В этом случае симптомы расстройства в той или иной степени присутствует в течение всей жизни больного.

Заболевание начинается остро или постепенно, в связи с психотравмирующими обстоятельствами или вне очевидной причины. Течение ОКР хроническое, с периодами обострения и ремиссии, обычно не имеющее правильной периодичности. Часто в течение ОКР можно заметить своеобразную волнообразность: относительно продолжительные по времени приступы имеют разную выраженность, а интенсивность клинических проявлений с каждой новой «волной» затухает. Факторами, провоцирующими развитие приступа, являются как психотравмы, психофизические истощения, возрастные кризисы так и аутохтонные колебания. Частота спонтанных ремиссий у мужчин невысокая, всего 20 %.

Возрастной фактор, безусловно, откладывает отпечаток на течение ОКР в подростковом периоде. Симптомы болезни, длительно персистируя в течение нескольких лет, у 40 % пациентов исчезают по достижению периода взросления.

Исход ОКР не связан с формированием выраженного психического дефекта. Однако болезнь, хронически протекая, приводит к психическому истощению, ограничению работоспособности, некоторому сужению круга интересов. Низкое качество жизни и ограниченное социальное функционирование связано с необходимостью избегать ситуации, провоцирующие навязчивые мысли, воспоминания, опасения, сомнения и др. (например, навязчивые мысли о симметрии мешают на работе, ритуалы поглощают большую часть свободного времени пациентов).

ОКР относится к заболеваниям, коморбидные соотношения которых в настоящее время тщательно изучаются для выявления генетической предрасположенности, исследования риска осложнений, подбора эффективной терапии. Показано, что примерно в 40 % случаев при ОКР выявляются коморбидные психические расстройства. У половины пациентов в различные периоды жизни отмечены суицидные мысли, а у 1/3 – суицидные действия. Выявлено, что риск суицидного поведения повышается при сопутствующем депрессивном расстройстве. В 76 % случаев при ОКР диагностируется следующие коморбидные расстройства: тревожное расстройство, панические атаки, генерализованное тревожное расстройство и специфические фобии. Биполярное депрессивное расстройство выявляется в 41 % случаев. Специфическое (обсессивно-компульсивное) расстройство личности с годами выявляется у 23-32 % больных.

Трудности диагностики и лечения ОКР, начинающегося в детском и подростковом возрасте, связана с проблемами раннего выявления, недооценкой сопутствующих клинических проявлений, к числу которых статистически доказано относятся тики и синдром Туретта, недоучетом фоновой роли резидуально-органического фактора в его происхождении, недооценкой влияния возрастных особенностей психика мальчика-подростка, в частности, пубертатного кризиса, в обострении заболевания. Отдельного обсуждения заслуживает роль семьи, типов неправильного воспитания, наследственности (психастеническая конституция) а также формирующихся характерологических реакций.

Выделение двух разновидностей ОКР – преимущественно навязчивые мысли и размышления (умственная жвачка) (F 42.0) и преимущественно компульсивные действия (ритуалы) (F 42.1) во взрослом периоде весьма условны. Однако оно актуально, когда мы говорим о детском типе

манифестации расстройства. В этом случае ведущей является ритуальная симптоматика, идеаторный компонент более типичен для пубертатного возраста. Возникающие у мальчика-подростка ритуалы, несмотря на мучительный и субъективно-дискомфортный характер, в некоторых случаях могут недооцениваться близкими родственниками, а факт обращения к врачу зависит либо от гипонозогнозической, либо гипернозогнозической оценки родителями характера жалоб ребенка. Отмеченная выше закономерность, кроме всего, отражает ведущие типы психического реагирования в детском возрасте, описанные В.В. Ковалевым (1985).

В психиатрической литературе в разное время довольно подробно описывались различные клинические проявления обсессивно-компульсивного расстройства (навязчивых состояний). Большинство из этих описаний строилось по единому принципу: предоставив подробную симптоматику навязчивых страданий пациентов, авторы переходили к столь же подробному изложению психастенической личности с ее типологическими особенностями и характера привычных реакций (Крафт-Эбинг, 1882; П. Жане, 1904; Э. Крепелин, 1915; П.Б. Ганнушкин, 1931 и мн. др.).

Современная классификация психических расстройств построена по синдромальному принципу. Однако, с нашей точки зрения, актуальным и практически значимым является подразделение ОКР исходя из нозологии. Навязчивые состояния имеют отличительные особенности при психастении, шизофрении, биполярном депрессивном расстройстве, рекуррентном депрессивном расстройстве, органическом заболевании, эпилепсии. При этом современному клиническому описанию ОКР в наибольшей степени соответствуют психастенические навязчивые состояния.

Однако и в МКБ-10 клинические проявления ОКР, формально относящиеся к классу «Невротические, связанные со стрессом расстройства» (F 4) имеют точки соприкосновения с шизотипическим расстройством, одним из критериев которого являются навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфоманическим, сексуальным и агрессивным содержанием.

В DSM 5 к группе обсессивно-компульсивных расстройств кроме собственно ОКР относятся дисморфоманическое расстройство, трихотилломания, кожные экскориаии, патологическое собирательство. Объединение в одну рубрику указанных состояний, на первый взгляд непохожих друг на друга, актуализирует знания детско-подростковой психиатрии по части закономерностей течения системных неврозов, патологических привычек, возрастных особенностей психодерматологических расстройств и др.

Терапия ОКР – задача длительная, требующая настойчивости и терпения врача. От первых признаков улучшения до полного излечения пациента проходит продолжительное время, от нескольких месяцев до нескольких лет. В среднем срок достижения устойчивой ремиссии при ОКР колеблется от 6 до 12 мес. Необходимо формирование длительного терапевтического альянса с пациентом, целью которого является детальное знакомство с переживаниями больного, его психологическими особенностями, семейной историей и др.

На любом этапе лечения заболевания необходимо помнить о ригидности симптоматики ОКР, их трудной курабельности, а в случае быстрого исчезновения о возможности их повторного появления или трансформации в другие симптомы. Вне зависимости от ведущего метода лечения (психофармакологии или когнитивно-поведенческая психотерапия) задачи, которые на начальном этапе ставит перед собой врач, должны быть скромными. Основная терапевтическая парадигма должна строиться на переносе акцента с конкретного симптома на коррекцию типичных психологических реакций пациента, возможности их сглаживания и компенсации.

Денисов М.Ф.

ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Практически все медицинские работники сталкиваются с трудными, проблемными пациентами и по-разному, но понимают, что означает данное словосочетание. Действительно, часто бывает совершенно очевидным, кто является или кто станет «трудным пациентом» (далее – ТП): например, пациент, который, непрестанно жалуется и пишет кляузы во всевозможные инстанции; пациент, который отказывается от приема назначенных ему лекарств; пациент, который угрожает насилием в отношении персонала клиники или проявляет его; пациент, который требует выписки из больницы, несмотря на медицинские противопоказания; некурабельный пациент – все они, несомненно, ТП.

Тем не менее, первоначальной задачей при написании данного обзора явилась попытка выяснить, имеется ли определение ТП в медицинских, психологических, социологических или иных словарях. Интернет-поиск показал, что в русскоязычных словарях оно отсутствует.

Была надежда, что искомая дефиниция найдется в издающемся в нашей стране с 2002 г. одноименном журнале. Однако и там ее не оказалось: «Трудный пациент» – это политематический журнал для врачей различных специальностей, на страницах которого представлена актуальная информация об инновационных технологиях в медицине, новых лекарственных средствах отечественного и зарубежного производства, научно-практические статьи как для врачей общей практики, так и для узких специалистов».

Поиск в англоязычных ресурсах оказался успешнее: сразу в нескольких медицинских словарях дано одинаковое толкование: «ТП – это пациент, который причиняет беспокойство, утомителен и/или не следует предписаниям врача» (<https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/difficult+patient>).

Указанной словарной дефиницией косвенно признается само существование и устойчивость данной проблемы, причем она отграничивается от множества других лечебно-диагностических вопросов и трудностей, с которыми сталкиваются врачи, медсестры и другие профессионалы в области медицины. Акцент делается на субъективном восприятии пациента врачом.

Далее был проведен поиск по базам данных Pubmed с использованием словосочетания «difficult patient» в названии или резюме публикации. Обнаружилось всего 558 работ, первая из которых была опубликована 70 лет назад, а последняя появилась месяц назад. Причем, только две статьи оказались русскоязычными (Демин А.А. с соавт, 2005; Карлов В.А., 2013).

Учитывая, что Pubmed в настоящее время содержит резюме более 27 миллионов биомедицинских публикаций, и, сопоставляя числа 558 и 27 000 000, можно сделать поспешный вывод об относительно малой значимости проблемы ТП. Однако же это не так, и цель настоящего обзора – показать ее значимость, многогранность и актуальность для медицины в целом, и, в особенности, для психиатрической практики. Но, прежде чем перейти к психиатрическим аспектам, следует привести некоторые данные о проблеме ТП в общей медицинской практике.

Ее важность подтверждается хотя бы целым рядом специальных научно-медицинских изданий (Пэунеску-Подяну, 1976; Sohr, 1996; Duxbury, 2000; Currie, 2017; и др.), в которых «речь идет о категории больных, которые, измученные различными страданиями, в свою очередь, мучают врачей своими жалобами, просьбами, своими интерпретациями болезни и, иногда, претензиями...» (цит. по Пэунеску-Подяну, 1976).

В одном британском исследовании (Sharpe et al, 1994), были изучены 293 пациента двух терапевтических и одной хирургической клиник. Врачи расценили 22 % пациентов как «трудных». Отличительными признаками ТП являлись, главным образом, симптомы, не поддававшиеся медицинскому объяснению, сосуществующие социальные проблемы, а также тяжесть и неизлечимость болезни. По сравнению с «нетрудными» пациентами, у ТП почти в 4 раза чаще выявлялся тяжелый стресс, в 2,6 раз – меньшая удовлетворенность лечением, и в 5 раз – хроническая посещаемость клиник. Интересно, что в случаях ТП врачи и пациенты почти втрое чаще не совпадали в определении целей лечения.

Группой американских исследователей в 1994г. был разработан «Опросник о трудности взаимоотношений между врачом и пациентом» (Hahn et al, 1994), содержащий 30 вопросов, на которые врачам предлагалось отвечать после общения с пациентами, используя пятибалльную шкалу. Приведем лишь несколько из них: «Насколько манипулятивен этот пациент?», «В какой степени Вы обескуражены расплывчатыми жалобами этого пациента?», «Вы тайно надеетесь, что этот пациент больше не вернется?», «Насколько легко Вы себя чувствовали, общаясь с этим пациентом сегодня?», «Насколько затратна по времени курация этого пациента?».

Авторы продемонстрировали надежность и валидность опросника. Оказалось, что различные врачи академической клиники муниципальной больницы сочи «трудными» от 10,3 % до 20,6 % пациентов. При этом демографические характеристики самих врачей и пациентов, а также большинство медицинских диагнозов никак не были связаны с суммарными оценками, полученными пациентами по результатам использования опросника. ТП характеризовались психосоматическими симптомами, по крайней мере, легким расстройством личности (ось II) и психическим заболеванием (ось I) по DSM, и большинство из них имели более чем одну из этих характеристик.

В последующие годы опросник неоднократно использовался различными исследователями для изучения проблемы ТП. Так, например, изучение 500 визитов взрослых лиц в одну из американских клиник первичной медицинской помощи, в котором были опрошены 38 врачей (Jackson и Kroenke, 1999), показало, что они отнесли к числу «трудных» 15 % пациентов. При этом ТП в 2,4 раза чаще имели психическое расстройство, в 1,4 раза – более 5 соматических симптомов и в 1,6 раз – более тяжелые симптомы, чем пациенты, которых не отнесли к числу «трудных». Кроме того, ТП имели худший функциональный статус, более неудовлетворенные ожидания, меньшую удовлетворенность оказанной им медицинской помощью и более высокий уровень использования медицинских услуг.

В исследовании Steinmetz и Tabenkin (2001) было продемонстрировано, что, семейные врачи израильских клиник считают «трудными» не пациентов с более тяжелой патологией, нуждающихся в более интенсивной медицинской помощи, и не больных наиболее сложных в лечебно-диагностическом плане, а тех, кто вспыльчив, требователен, агрессивен, груб, а также пациентов, которые стремятся к вторичной выгоде. Оказалось также, что для ТП характерны многочисленные неспецифические жалобы и психосоматические проблемы. У значительной доли имелись психические расстройства; особенно часто – мультисоматоформное расстройство, паническое расстройство, дистимия, генерализованная тревога, тяжелая депрессия, а также злоупотребление алкоголем или наркотиками.

Группа американских ученых (Haas et al, 2005), проанализировав литературные данные о ТП, выделила три фактора, определяющих восприятие врачами пациентов как «трудных»: 1) фактор пациента, 2) фактор врача и 3) фактор системы здравоохранения. К фактору пациента исследователи отнесли психические и поведенческие расстройства, часто имеющиеся у ТП. К фактору врача – переутомление, малый врачебный опыт, плохие коммуникативные навыки и дискомфорт, связанный с диагностической неопределенностью. К фактору системы здравоохранения были отнесены уменьшение времени, отводимого на прием одного пациента, и, как следствие, фрагментация посещений, а также наличие внешних источников информации, которые могут подорвать авторитет врача.

Голландские исследователи (Mamede et al, 2016), проведя эксперимент, в котором участвовали 74 врача-интерниста, показали, что «разрушительное» поведение, демонстрируемое ТП во время общения с врачами, побуждает последних совершать частые диагностические ошибки, поскольку они тратят значительную часть умственной энергии не на обработку клинических данных, а на конфронтацию с ТП. Авторы предложили предпринять усилия для повышения информированности врачей о потенциальном негативном влиянии поведения ТП на диагностические решения и их способность противодействовать такому влиянию.

В статье Edgoose et al (2014) было показано, что, удивительным образом, ТП, нередко бывают в большей степени удовлетворены общением с врачом, чем пациенты, которые не считаются «трудными». Авторы сделали вывод о том, что именно это резкое несоответствие оценок врачей и пациентов лежит в основе фрустрации, испытываемой клиницистами, и поскольку ТП, похоже, довольны своими отношениями с врачами, необходимы дальнейшие исследования, чтобы понять механизмы этого несоответствия и повысить удовлетворенность врачей от непростых взаимоотношений с ТП.

Отчасти вышеуказанное противоречие объясняется результатами исследования, проведенного калифорнийскими авторами (Frosch & Dominick, 2012). Они выяснили, что страх быть категоризированным как «трудный» препятствует большинству пациентов более полно участвовать в их лечении. Даже хорошо образованные и обеспеченные пациенты, которые хотели бы поговорить с врачами относительно диагностики и выбора лечения, избегают этого, поскольку чувствуют себя вынужденными соответствовать социально санкционированной роли.

Наконец, особая подгруппа ТП – это врачи, оказавшиеся в роли пациентов. На эту тему существует большое число исследований; в США даже вышло клиническое руководство (Garellick, 2008), в котором рассматриваются многочисленные аспекты данной проблемы – от диагностики до лечения. Автор показывает, что заболевшие врачи, возможно, являются наиболее обездоленной группой, так как зачастую они очень неохотно обращаются за помощью к коллегам; чаще ставят под сомнение выставленный им диагноз и имеют гораздо меньшую приверженность предлагаемому лечению, чем не врачи. Это, в частности приводит к тому, что уровень суицидов среди врачей-мужчин на 70 %, а у врачей-женщин – на 250-400 % выше, чем в популяции.

А теперь, перейдем непосредственно к психиатрической литературе. Оценки распространенности ТП среди психиатрических пациентов обнаружилось только в двух исследованиях. В первом из них (Modestin et al, 1986) было показано, что 5,8 % из 445 пациентов, госпитализированных в отделение интенсивной терапии психиатрической больницы, оценивались как «трудные», по меньшей мере, двумя медсестрами. Во втором (Sellers et al, 2012) авторы прицельно сравнивали распространенность ТП (по оценкам врачей) в первичной медицинской и психиатрической практиках. Оказалось, что она одинакова и составляет 15 %.

В 2006 г. голландскими исследователями был сделан литературный обзор по проблеме ТП в системе психиатрической помощи (Koeckoeck et al, 2006). В него были включены ссылки на 94 работы, найденные в базах MEDLINE, PsycINFO и CINAHL, опубликованные в период с 1979 по 2004 г. о пациентах в возрасте от 18 до 65 лет.

Авторы отметили, что в литературе рассматриваются три основных теоретических объяснения проблемы ТП, опирающиеся на: 1) характеристики пациентов; 2) особенности межличностного взаимодействия пациентов со специалистами, оказывающими психиатрическую помощь, 3) системно-организационные и 4) социологические объяснения. Рассмотрим последовательно данные объяснения.

Социально-демографические и клинические характеристики ТП. Коеккоек с соавторами (2006) констатировали, что, исходя из литературных данных, ТП чаще бывают малообразованными и безработными; от 60 до 68 % среди них – мужчины. В диагностическом плане у них преобладают психозы (19 % до 44 %) и личностные расстройства (от 32 % до 46 %). Гораздо реже встречаются ТП с расстройствами настроения (8-24 %) или другой психической патологией (4-16 %).

В проанализированных авторами исследованиях рассматривались 4 основных поведенческих паттерна, свойственных ТП: замкнутость и труднодоступность, требовательность и претенциозность, поиск внимания и манипулирование, а также опасность и агрессивность. Первая категория чаще всего встречается у пациентов с психозами, вторая и третья – среди лиц с расстройствами личности, а четвертая – у пациентов из обеих диагностических групп.

Систематизировав литературные данные, авторы разделили всех ТП, с которыми сталкиваются специалисты, работающие в системе психиатрической помощи, на три основные группы (см. таблицу 1).

Таблица 1.

Характеристики «трудных пациентов» (по Koeckoeck et al, 2006).

Характеристика	Тип «трудных пациентов»		
	Избегающие помощи	Амбивалентно ищущие помощь	Претенциозно настаивающие на оказании помощи
Диагноз	Параноидные психозы Расстройства личности, особенно параноидное	Хроническая депрессия Расстройства личности, особенно пограничное	Злоупотребление алкоголем или наркотиками Расстройства личности, особенно антисоциальное и нарциссическое

Пол	Мужской	Женский	Мужской
Трудности в поведении	Недоступность, замкнутость Агрессивность	Требовательность, претенциозность Аутоагрессия Зависимость	Поиск внимания, манипулятивность Агрессивность и деструктивность
Принятие роли больного: - пациентом - медицинским работником	Нет Да	Да Иногда да, иногда нет	Когда это выгодно Нет
Основной дискурс	Медико-психиатрический Трудности в лечении	Смешанный Трудный пациент	Социально-моральный Трудный не пациент
Вероятное место лечения	Психиатрические учреждения	Обычно психиатрические учреждения; риск отсутствия медицинской помощи	Правоохранительные учреждения

В этой схеме первая группа трудных пациентов, избегающих лечения, состоит из тяжелых психотических пациентов, которые не считают себя больными и которые расценивают психиатрическую помощь как враждебную интервенцию. Вторая группа, представлена пациентами, у которых наряду с психическим заболеванием имеются личностные особенности или расстройства, в силу которых они не доверяют профессионалам, оказывающим им помощь, и с трудом поддерживает с ними устойчивые отношения. Наконец, третья группа, состоит из пациентов с рентными установками, которым не требуется долгосрочный уход, но они нуждаются в некоторой краткосрочной выгоде, которую предлагают психиатрические учреждения, такие как жилье, лекарства или правовой статус недееспособного (или невменяемого).

Sellers с соавторами (2012) обнаружили, что для ТП в диагностическом плане характерны шизофрения, биполярное расстройство, расстройства личности, когнитивные расстройства, а также злоупотребление алкоголем и/или наркотиками. Одновременно, пациенты с диагнозом депрессии или тревоги значительно реже классифицировались как ТП. Необъяснимые соматические жалобы, являющиеся значительным источником трудностей для врачей общей практики, не представляли трудности для психиатров.

Среди характерных особенностей пациентов в публикациях чаще всего указываются хронический характер имеющегося у ТП психического расстройства, а также характерная личностная патология. При хроническом течении психического расстройства пациенты часто становятся зависимыми от психиатрических учреждений. Одновременно у них возникают проблемы, которые трудно или попросту невозможно решить в рамках системы психиатрической помощи. Именно данное обстоятельство приводит к тому, что пациенты начинают восприниматься как «трудные» (Menninger, 1984; Bachrach et al, 1987).

Различными исследователями было установлено, что почти у всех ТП имеются более или менее выраженные личностные девиации (Schwartz & Goldfinger, 1981; Kelly & May, 1982; Fiore, 1988; Sulzer, 2015; и др.), и что при опросах психиатров о характеристиках ТП, они в четыре раза чаще, чем любой другой диагноз, упоминали диагноз пограничного расстройства личности (Коеккоек et al, 2006). Данный факт позволил Kealy с соавторами (2014) озаглавить свой литературный обзор следующим образом: «Трудный пациент? Или у него личностное расстройство?».

Manning (2000) обратил внимание на почти полную идентичность характеристик ТП и DSM-критериев пограничного расстройства личности, и пришел к выводу, что сама эта диагностическая категория появилась как «ярлык» для обозначения ТП. Кроме того, ТП часто характеризуются наличием у них других личностных расстройств, среди которых наиболее часто отмечаются параноидное, нарциссическое и антисоциальное (Silver, 1983; Wong, 1983).

«Трудные» межличностные взаимодействия специалистов и пациентов. Многие авторы отказываются возлагать бремя ответственности за «трудное» поведение исключительно на пациентов и подчеркивают, что «трудными» бывают не пациенты, а межличностные взаимоотношения специалистов и пациентов.

В этом контексте, часто используются традиционные концепции переноса и контрпереноса, которые определяются как бессознательные чувства, которые, соответственно, испытывают пациент и специалист, опираясь на свой более ранний жизненный опыт. Примерами контрпереноса профессионалов на трудных пациентов являются гнев, чувство вины, беспомощность, бессилие, неприязнь и разочарование (Podrasky & Sexton, 1988; Gallop et al, 1993; Santamaria, 2000; и др.). Чувства, возникающие при контрпереносе, могут привести к особым реакциям – к излишнему вниманию, с одной стороны, и активному пренебрежению – с другой. Разные специалисты могут испытывать особые чувства контрпереноса (Colson et al, 1985). Например, врачам бросается вызов, когда лечение не дает желаемого результата или когда пациенты ими манипулируют (Gallop & Wynn, 1987), а медсестры испытывают раздражение и гнев, когда их заботливое отношение и компетентность подвергаются сомнению (Breeze & Repper, 1998). Как врачи, так и медсестры раздражаются, когда пациенты бросают вызов их авторитету (Neill, 1979).

Контрперенос при полипрофессиональном подходе к лечению имеет иной характер, который часто сильно зависит от так называемого явления расщепления. Члены мультидисциплинарной бригады по-разному оценивают «трудность» пациентов, что приводит к взаимной несогласованности (Burnham, 1966). В то же время, указывается, что мультидисциплинарная бригадная работа с ТП приводит к меньшим ошибкам и проблемам, поскольку контрперенос может быть разделен (Menninger, 1998).

В ряде публикаций указывалось, что риск трудных отношений с пациентами может также происходить от чрезмерного желания или сильной необходимости их вылечить, от личностной неготовности принять поражение или от конфронтационной или обвиняющей позиции специалистов (Maltsberger & Buie, 1974; Smith & Steindler, 1983; Najavits, 2001).

Наконец, все чаще стали появляться работы, в которых при изучении проблемы ТП акцент делается не на характеристиках пациентов, и не на особенностях взаимоотношений профессионалов с пациентами, а прицельно – на фигуре врача. Одна из них саркастически озаглавлена так: «Трудный доктор?» (Krebs, 2017). В этих публикациях исследователями была выявлена показана прямая связь между профессиональным выгоранием врачей и их склонностью воспринимать пациентов как «трудных». Кроме того, было показано, что врачи старше 40 лет, а также врачи, имеющие хорошие коммуникативные навыки и позитивное отношение к психосоциальным аспектам лечения, значительно реже воспринимают пациентов как «трудных» (Mathers et al, 1995; Jackson & Kroenke, 1999; An et al, 2009; Hinchey & Jackson, 2011; Sellers et al, 2012; Goldsmith & Krebs, 2017). Hinchey & Jackson (2011) также показали, что врачи, практикующие менее 10 лет, оценивают 23 % своих пациентов как «трудных», в то время как врачи с опытом работы более 20 лет считают «трудными» лишь 2 % больных.

Системно-организационные факторы. Работы, в которых прицельно рассматривается влияние организации психиатрической помощи на распространенность ТП, отсутствуют. Вообще, организационная тематика менее всего затрагивается в литературе о ТП.

Вместе с тем, в концептуальном анализе Wachrach с соавт. (1987) было показано, что при оказании стационарной психиатрической помощи пациентам-хроникам, они могут начать рассматриваться как ТП только потому, что их сложные и долгосрочные потребности часто не вписываются в систему психиатрической помощи.

Однако, по мнению Holmes (1992), замена стационарной помощи амбулаторной таит опасности для ТП: «Когда психиатрическая больница перестает быть безопасным убежищем, которое предлагает длительное пребывание и терапию, давление на пациентов и психиатров значительно увеличивается». В связи с этим, сравнительно недавние исследования (Fisher et al, 2001; Munich, 2003) продемонстрировали, что госпитализация ТП в психиатрическую больницу все чаще становится единственным средством для оказания им действенной медицинской помощи.

В работе Neill (1979) при изучении группы амбулаторных ТП университетской психиатрической клиники, было показано, что основным источником «трудности» пациентов, по-видимому, являются организационные дефекты системы лечения, а не характеристики пациентов. Так, например, записи в медицинских картах ТП делались менее тщательно, чем в медкартах «нетрудных»

пациентов, и ТП значительно реже становились объектом полипрофессионального взаимодействия при оказании им медицинской помощи.

Исследованием Maltzberger (1995) было продемонстрировано, что в медицинских учреждениях (в том числе психиатрических) «трудными» часто становятся пациенты, у которых имеется коморбидная зависимость от ПАВ, из-за того, что им сложно или невозможно предоставить специализированную наркологическую помощь.

По мнению Sellers с соавт. (2012) доля ТП может увеличиться в США из-за реформы здравоохранения. Более быстрые и «более продуктивные визиты», необходимые для снижения финансовых издержек, скорее всего, приведут к увеличению числа ТП. Кроме того ими было показано, что когда психиатры при общении с пациентами уделяют часть времени психотерапии, последние реже становятся «трудными».

В статье Bouchard с соавт. (2016) показывается, что во Франции к числу ТП относятся заключенные, оказавшиеся в психиатрических больницах, поскольку на условия их содержания и лечения накладываются определенные административные ограничения.

Социологические объяснения проблемы ТП. С социологической точки зрения «ярлык» ТП – это социальная стигма, характеризующая не только и не столько самих пациентов, сколько господствующие в социуме установки, верования и предубеждения.

Понятие ТП предполагает существование «легких», идеальных пациентов. Характеристики таких пациентов и взаимодействия с ними были даны в социологических исследованиях, посвященных «роли больного» (Parsons, 1951; Фуко, 1963; Hartman, 1999). Среди них наиболее важные: 1) пациент не несет ответственности за заболевание и поэтому общество избавляет его от многих социальных обязательств; 2) пациент прилагает большие усилия, чтобы выздороветь и согласен получать помощь у профессионалов; 3) болезнь пациента четко очерчена, узнаваема и поддается лечению; 4) болезнь после лечения излечивается, и пациент покидает систему; 5) терапевтическая встреча взаимоприятна и эффективна; 6) медицинская система не несет ответственности, если болезнь не будет поддаваться лечению.

Очевидно, что ТП не ведут себя согласно этой роли. Они либо не хотят лечиться, либо амбивалентно относятся к предлагаемому им лечению; зачастую страдают расстройствами, которые сложно или невозможно четко дифференцировать, и не реагирует на терапию так, как этого хочется профессионалам. Они могут надолго исчезать из поля зрения, но почти всегда возвращаются, при этом нередко обвиняя врачей в том, что ранее назначавшееся лечение было чрезмерно интенсивным или, наоборот, недостаточно интенсивным, но в любом случае – неправильным.

Если вернуться к таблице 1 и проанализировать, как различные группы ТП соотносятся с «ролью больного», то окажется, что ТП из первой группы трудны потому что, либо не прилагают усилия для выздоровления, либо не соглашаются получать помощь у психиатров. Пациенты из второй группы зачастую диагностически сложны, плохо поддаются лечению и нередко настаивают на ответственности медиков за свое благополучие. Наконец, пациенты из третьей группы считаются «трудными» потому, что многие медики де-факто не признают их право на «роль больного» и, соответственно, рассматривают их «трудное» поведение, не в клинично-психиатрическом, а в морально-социальном ракурсе.

Вопрос о том, следует ли рассматривать личностные расстройства как медико-биологическую проблему, и правомерен ли сам этот диагноз, обсуждается в литературе уже очень давно, и, похоже, далек от разрешения (Kendell, 2002; Widiger, 2003; Снедков Е.В., 2017). Здесь следует отметить, что данный вопрос является лишь одним из многих, что рассматриваются в рамках концепции медиализации общества (Parsons, 1951; Zola, 1972; Szasz, 2007; Михель, 2011).

Здесь, наверное, следует напомнить, что социологами медиализация определяется, как «процесс закрепления медицинских «ярлыков» за теми типами поведения, которые считаются социально или нравственно нежелательными. Этот термин обладает определенным подтекстом, заключающимся в том, что современная медицина претендует на исцеление общества от всех проблем (включая вандализм, алкоголизм, гомосексуальность, опасную езду или политическую девиантность), стоит только признать их «болезнями». Термин «медиализация» используется теми

критиками современной медицины, которые утверждают, что врачи обладают слишком большим политическим влиянием в тех вопросах, в которых они на самом деле не компетентны» (цит. по <http://voluntary.ru/termin/medikalizacija.html>).

В контексте вышесказанного, исследователи разделились на два основных лагеря: к одному относятся те, кто считает личностные расстройства, безусловно, медицинской проблемой (Linehan, 1993; Clarkin et al, 2007; Sulzer, 2016) и сетуют, что диагноз расстройства личности является стигматизирующим, отталкивая медиков от пациентов и лишая последних необходимой и показанной им медицинской помощи. Ко второму принадлежат те, кто полагает, что необходима демедицинализация личностных расстройств – то есть этот диагноз, не являясь подлинно медицинским, не имеет права на существование, и психиатры не должны в этих случаях заниматься диагностикой и лечением (Szasz, 2007; Снедков Е.В., 2017).

Однако, как отметили Коеккоек с соавт. (2006), дихотомия между больными и не больными не помогает ни в научной полемике, ни в повседневной практике, поскольку существует континуальность между медико-психиатрическим и социально-моральным подходами: «Первый подход во многом оправдывает трудное поведение, поскольку больные люди не могут нести ответственность за него. Второй подход привлекает к ответственности людей за свои действия, независимо от их состояния здоровья. Хотя эти две крайности не очень полезны в повседневном уходе, они могут помочь прояснить два подхода, которые часто конкурируют в сознании профессионалов. Балансирование между этими двумя подходами необходимо для предотвращения неэффективных дискуссий «или-или».

Впрочем, вышеприведенное суждение совершенно не ново. Вот, например, что писал П.Б.Ганнушкин во вступлении к своей книге «Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика» (1933): «... надо добавить, что это – индивидуумы, которые, находясь в обычной жизни, резко отличаются от обыкновенных, нормальных людей, они, между прочим, легко вступают в конфликт с правилами общежития, с законом, но оказавшись, добровольно или по приговору суда, в стенах специального заведения для душевнобольных не менее резко отличаются и от обычного населения этих учреждений. Количественная сторона дела, степень психопатичности, если можно так выразиться, конечно, может быть настолько велика, что при наличности этой степени психопат может быть очень далек от пограничной полосы и целиком подлежать закрытому психиатрическому учреждению – однако очень большое кол-во психопатов находится именно на границе между больными и здоровыми».

Так или иначе, но, судя по литературным данным, де-факто психиатры, в своем большинстве, избегают курирования таких пациентов. Почти тридцать лет назад в *British Journal of Psychiatry* появилась статья провокационно озаглавленная «Расстройство личности: психиатры не любят пациентов» (Lewis et al, 1988), в которой авторы путем эксперимента показали, что, при совершенно идентичном поведении пациентов, страдающих шизофренией, и пациентов с диагнозом личностного расстройства, психиатры называют «трудными» только последних, и при этом не хотят браться за их лечение, характеризуя их как манипулятивных, привлекающих чрезмерное внимание и раздражающих. Авторы сделали вывод, что расстройство личности – это, скорее, уничижительное суждение, чем клинический диагноз.

Совсем недавно были опубликована статья под названием «Расстройства личности – психиатры до сих пор не любят пациентов?» (Chartonas et al, 2017), в которой описывается эмпирическое исследование, которым авторы перепроверяли выводы, сделанные Lewis с соавторами. Оказалось, что за три десятилетия ситуация почти не изменилась. Авторы связывают это с тем, что поведенческие проявления, свойственные пациентам с личностными расстройствами, бросая вызов социальным нормам, провоцируют негативные реакции клиницистов, являющихся представителями социума.

Преодоление проблемы ТП. Поскольку ТП не является клиническим диагнозом, в литературе не удалось найти работ, где предлагались бы специфические методы лечения таких пациентов. Однако рассматривается целый ряд мер, направленных на профилактику и разрешение проблемы ТП. Большинство из них являются стандартными для современной медицинской практики: формирование четкого договора о предоставлении медицинских услуг, ознакомление пациента с прави-

лами поведения в лечебном учреждении, разработка детального плана обследования и лечения, взятие добровольного информированного согласия и т.п. При этом, обращается особое внимание на необходимость соблюдения принципов медицинской этики и деонтологии, включая уважительное отношение к пациентам и выстраивание партнерских отношений с ними на основе взаимного доверия и взаимной ответственности (Neill, 1979; Breeze & Repper, 1998; Berman, 1990; и др.).

Специалистам предлагается использовать ряд методов поведения, позволяющих гасить конфликты с ТП: участливо выслушивать, не вступая в разговор; избегать споров; сохранять внешнее спокойствие и уверенность; не принимать вербальную агрессию на свой счет; прямо говорить пациентам о неприемлемости тех или иных их высказываний и форм поведения; с осторожностью, но использовать чувство юмора; откладывать на некоторое время принятие сложных решений; и т.п. (Hahn et al, 1996; Nield-Anderson & Minarik, 1999; Jackson & Kroenke, 1999).

Помимо этого, предлагается в «трудных» случаях прибегать к консультациям и консилиумам (Silver, 1983; Smith и Steindler, 1983), к ведению пациентов полипрофессиональной бригадой (Santy и Wehmeier, 1984; Munich и Allen, 2003), к разбору трудных ситуаций с пациентами на балинтовских группах (Kjeldmand и Holmstrøm, 2008).

В качестве методов воздействия на ТП предлагаются диалектическая поведенческая терапия (Linehan, 1993; Huffman et al, 2003; Ritter & Platt, 2016), супервизия (Lauro, 2003), а также интерпретация проблем переноса и контрпереноса (Weiler, 1987).

Следует отметить, что все вышеописанные рекомендации носят умозрительный, теоретический характер. Отсутствуют работы, в которых их эффективность исследовалась бы на практике.

В связи с последним обстоятельством, думается, уместно привести выдержку из цитированной выше монографии А.Пэунеску-Подяну «Трудные больные. Неопределенно выраженные, трудно объяснимые страдания» (1976): «Книга не претендует на разрешение вопроса этих больных. Между прочим, в настоящей стадии наших познаний, это даже невозможно, потому что это очень сложный вопрос допускает много неопределенностей и предполагает не одно решение, а многие, бесчисленные решения».

Обсуждение и выводы. Поскольку данный обзор адресован, прежде всего, психиатрам, в него не были включены многие публикации, в которых проблема ТП освещается с позиций сестринского дела в психиатрии. Кроме того, поскольку отечественные психиатры, в подавляющем большинстве, являются биологически ориентированными, в нем лишь вскользь затрагиваются психодинамические подходы к проблеме ТП, которым посвящена обширная литература.

В начале данного обзора была упомянута статья В.А.Карлова «Трудный пациент», опубликованная в ЖНП им. С.С.Корсакова. В ней автор дал следующее определение: «Трудный пациент – это больной, представляющий для квалифицированного врача серьезные затруднения при диагностике или лечении потенциально корабельного заболевания».

Однако, исследование литературы (прежде всего англоязычной) показало, что, по мнению большинства авторов, ТП – это более или менее очерченная группа пациентов, которых профессионалы в силу разных причин воспринимают, «как боль в заднем проходе» (цит. по Sulze, 2015).

Впрочем, разные толкования понятия ТП не означают чью-либо правоту или неправоту. В конечном итоге, каждый врач, каждый исследователь, произнося данное словосочетание, волен вкладывать в него свой смысл.

По-видимому, исторически ТП появились одновременно с возникновением медицины и могут исчезнуть только одновременно с нею. Тем не менее, в практическом смысле данный обзор может оказаться полезным, потому, что он вновь актуализирует насущную необходимость проведения с пациентами, помимо медикаментозного лечения, психотерапии, психокоррекционных мероприятий, психообразовательных программ и разнообразных форм социальной работы; а с коллегами – совместных клинических разборов, коммуникативных тренингов, балинтовских групп и других форм взаимодействия, способствующих профессиональному росту.

Литература

1. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. М., 1933.
2. Демин А.А., Бурцев В.И., Нуднов Н.В. и др. Мультидисциплинарный клинический разбор: трудный больной с лихорадкой неясного генеза. Клиническая медицина. 2005; 83(1): 62-67.

3. Карлов В.А. Трудный пациент. Журнал неврологии и психиатрии. 2013; 113(6): 99-100.
4. Михель Д.В. Медиализация как социальный феномен. Вестник СГТУ. 2011; 4(60): Выпуск 2: 256-263.
5. Пэунеску-Подяну А. Трудные больные. Неопределенно выраженные, трудно объяснимые страдания. Бухарест, 1976.
6. Снедков Е.В. Личность в призме психиатрического менталитета (Комментарий к статье В.Д. Менделевича). Часть 2. Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. 2017; XLIX (1): 69-77.
7. Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998. – 310 с.
8. An PG, Rabatin JS, Manwell LB, et al Burden of difficult encounters in primary care: data from the Minimizing Error, Maximizing Outcomes study. Arch Intern Med. 2009; 169(4): 410-414.
9. Bachrach LL, Talbott JA, Meyerson AT. The chronic psychiatric patient as a "difficult" patient: a conceptual analysis. New Dir Ment Health Serv. 1987; (33): 35-50.
10. Bouchard JP, Brulin-Solignac D, Lodetti C. [Prisoners in units for difficult patients]. Soins Psychiatr. 2016; (303): 35-40.
11. Breeze JA, Repper J: Struggling for control: the care experiences of "difficult" patients in mental health services. J Adv Nurs. 1998; 28(6): 1301-11.
12. Burnham DL. The Special-Problem Patient: Victim or Agent of Splitting? Psychiatry. 1966; 29(2): 105-122.
13. Chartonas D, Kyratsous M, Dracass S, et al Personality disorder: still the patients psychiatrists dislike? BJPsych Bull. 2017; 41(1): 12-17.
14. Colson DB, Allen JG, Coyne L, et al Patterns of staff perception of difficult patients in a long-term psychiatric hospital. Hosp Community Psychiatry. 1985; 36(2): 168-72.
15. Currie S. Difficult patient. Affirm Press, 2017
16. Duxbury J. Difficult patients. Butterworth-Heinemann, 2000.
17. Edgoose JY, Regner CJ, Zakletskaia LI. Difficult patients: exploring the patient perspective. Fam Med. 2014; 46(5): 335-9.
18. Fiore RJ. Toward engaging the difficult patient. Journal of Contemporary Psychotherapy. 1988; 18: 87-106.
19. Frosch, Dominick L. et al Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. Health Affairs. 2012; 31(5): 1030-1038.
20. Gallop R, Wynn F. The difficult inpatient: identification and response by staff. Can J Psychiatry. 1987; 32(3): 211-5.
21. Gallop R, Lancee W, Shugar G. Residents' and nurses' perceptions of difficult-to-treat short-stay patients. Hosp Community Psychiatry. 1993; 44(4): 352-7.
22. Garelick T. The Physician as Patient. A Clinical Handbook for Mental Health Professionals. 2008.
23. Goldsmith ES, Krebs EE. Roles of Physicians and Health Care Systems in "Difficult" Clinical Encounters. AMA J Ethics. 2017; 19(4): 381-390.
24. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the difficult patient. Am Fam Physician. 2005; 72(10): 2063-8.
25. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, et al The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. J Clin Epidemiol. 1994; 47(6): 647-57.
26. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, et al The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. J Gen Intern Med. 1996; 11(1): 1-8.
27. Hartman D. Regarding the 'difficult patient'. Br J Psychiatry. 1999; 175:192.
28. Hinchey SA, Jackson JL. A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. J Gen Intern Med. 2011; 26(6): 588-94.
29. Holmes J: Psychiatry without walls: some psychotherapeutic reflections. Psychoanalytic Psychotherapy. 1992; 6: 1-12.
30. Huffman JC, Stern TA, Harley RM, Lundy NA. The use of DBT skills in the treatment of difficult patients in the General Hospital. Psychosomatics. 2003; 44(5): 421-9.
31. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. Arch Intern Med. 1999; 159(10): 1069-75.
32. Kendell RE. The distinction between personality disorder and mental illness. Br J Psychiatry. 2002; 180: 110-5.
33. Kealy D, Steinberg PI, Ogrodniczuk JS. "Difficult" patient? Or does he have a personality disorder? J Fam Pract. 2014; 63(12): 697-703.
34. Kelly M, May D. Good and Bad Patients: A Review of the Literature and a Theoretical Critique. Journal of Advanced Nursing. 1982; 7: 147-156.
35. Kjeldmand D, Holmstrøm I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Ann Fam Med. 2008; 6(2): 138-145.
36. Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. "Difficult patients" in mental health care: a review. Psychiatr Serv. 2006; 57(6): 795-802.
37. Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. BMC Health Serv Res. 2006; 6: 128.
38. Lauro L, Bass A, Goldsmith LA, et al Psychoanalytic supervision of the difficult patient. Psychoanalytic Quarterly. 2003; 72: 403-438,
39. Lewis G, Appleby L. Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. Br J Psychiatry. 1988; 153: 44-9.
40. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press; 1993.
41. Lock M. Medicalization and the Naturalization of Social Control / M. Lock // Ember C.R., Ember M. (eds.) Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures. New York: Kluwer, 2004. P. 116-125.
42. Maltsberger JT, Buie DH. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch Gen Psychiatry. 1974; 30(5): 625-33.
43. Maltsberger JT. Diffusion of responsibility in the care of a difficult patient. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1995; 25: 415-421.
44. Mamede S, Van Gog T, Schuit SC, et al Why patients' disruptive behaviours impair diagnostic reasoning: a randomised experiment. BMJ quality & safety. 2017; 26(1): 13-18.
45. Manning N. Psychiatric diagnosis under conditions of uncertainty: personality disorder, science and professional legitimacy. Sociology of Health & Illness. 2000; 22(5): 621-639.
46. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. Br J Gen Pract. 1995; 45(395): 293-296.
47. Menninger WW. Dealing with staff reactions to perceived lack of progress by chronic mental patients. Hosp Community Psychiatry. 1984; 35(8): 805-8.
48. Menninger RW. The therapeutic environment and team approach at the Menninger Hospital. Psychiatry Clin Neurosci. 1998; 52 Suppl: S173-6.

49. Modestin J, Greub E, Brenner HD. Problem patients in a psychiatric inpatient setting. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci.* 1986;235(5):309-14. g. An explorative study. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci.* 1986; 235(5): 309-14.
50. Munich RL, Allen JG. Psychiatric and sociotherapeutic perspectives on the difficult-to-treat patient. *Psychiatry* 2003; 66: 346-357.
51. Neill JR. The difficult patient: identification and response. *J Clin Psychiatry.* 1979; 40(5): 209-12.
52. Nield-Anderson L, Minarik PA, Dilworth JM, et al Responding to 'difficult' patients. *American Journal of Nursing.* 1999; 99: 26-34.
53. Parsons T. *The Social System.* Glencoe, Scotland, Free Press, 1951.
54. Podrasky DL, Sexton DL. Nurses' reactions to difficult patients. *Image J Nurs Sch.* 1988; 20(1): 16-21.
55. Ritter S, Platt LM. What's New in Treating Inpatients With Personality Disorders?: Dialectical Behavior Therapy and Old-Fashioned, Good Communication. Ritter S, Platt LM. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2016; 54(1): 38-45.
56. Santamaria N. The relationship between nurses' personality and stress levels reported when caring for interpersonally difficult patients. *Aust J Adv Nurs.* 2000; 18(2): 20-6.
57. Santy PA, Wehmeier PK. Using "problem patient" rounds to help emergency room staff manage difficult patients. *Hospital and Community Psychiatry.* 1984; 35: 494-496.
58. Sellers RV, Salazar R, Martinez C Jr, et al Difficult encounters with psychiatric patients: a South Texas Psychiatry practice-based research network (PBRN) study. *J Am Board Fam Med.* 2012; 25(5): 669-75.
59. Sharpe M, Mayou R, Seagroatt V, et al Why do doctors find some patients difficult to help? *Q J Med.* 1994; 87(3): 187-93.
60. Schwartz SR, Goldfinger SM. The new chronic patient: clinical characteristics of an emerging subgroup. *Hospital and Community Psychiatry.* 1981; 32: 470-474.
61. Silver D. Psychotherapy of the characterologically difficult patient. *Can J Psychiatry.* 1983; 28(7): 513-21.
62. Smith RJ, Steindler EM. The impact of difficult patients upon treaters. Consequences and remedies. *Bull Menninger Clin.* 1983; 47(2): 107-16.
63. Sohr E. *The Difficult Patient.* Medmaster, 1996.
64. Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family Practice.* 2001; 18 (5): 495-500.
65. Sulzer SH. Does "difficult patient" status contribute to functional demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Soc Sci Med.* 2015; 142: 82-89.
66. Szasz T. *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays.* New York: Syracuse University Press, 2007.
67. Weiler MA: Interpretation of negative transference in non-analytic settings. *Int J Psychiatry Med.* 1987; 17(3): 223-36.
68. Widiger TA. Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry.* 2003; 2(3): 131-135.
69. Wong N. Perspectives on the difficult patient. *Bull Menninger Clin.* 1983; 47(2): 99-106.
70. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev.* 1972; 20(4):487-504.

Егоров А.Ю.

ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН; СПбГУ;
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Электросудорожная терапия (ЭСТ) имеет достаточно бурную 75-летнюю историю применения в психиатрии и остается по праву одним из эффективных методов терапии при психических расстройствах, несмотря на бурное развитие психофармакологии. Сегодня общепризнано, что ЭСТ – это наиболее действенный метод лечения аффективных расстройств. В современных условиях ЭСТ может проводиться как в стационаре, так и амбулаторных условиях. Более того, рациональное сочетание ЭСТ и психофармакотерапии (ПФТ) может помочь существенной части пациентов, считавшихся до этого резистентными (Егоров А.Ю., 2014). Пережив периоды ярких взлетов и стремительных падений, в настоящее время она является универсальным и высокоэффективным методом лечения крайне тяжелых психических расстройств и при этом, пожалуй, наиболее стигматизированной методикой из существующих в медицине. Еще один парадокс заключается в том, что острая необходимость ЭСТ для многих пациентов сочетается с ее малодоступностью в большинстве психиатрических стационаров.

Основные показания к назначению ЭСТ были выделены более чем полвека назад, подтверждены многочисленными контролируруемыми исследованиями, несколькими систематическими обзорами и достаточно давно реализованы в клинической практике (Rose D. et al, 2003; UK ECT Review Group, 2003). Вместе с тем эта тема до настоящего времени остается предметом жарких, неутрачивающих дискуссий. Существующая ситуация в отечественной психиатрии, когда ЭСТ применяется в ограниченном числе клиник, приводит к известной поляризации оценок места данного метода в системе биологической терапии. С одной стороны, имеющиеся предубеждения, чрезмерный консерватизм с отношением к ЭСТ как к терапии отчаяния, последнего шанса, сужают ее показания до фебрильной шизофрении и резистентной кататонии. С другой стороны, у некоторых исследователей имеется неоправданный оптимизм с оценкой ЭСТ как терапии первой линии выбора при целом ряде психопатологических и даже наркологических расстройств (см. Нельсон А.И., 2005).

В мире в настоящее время ЭСТ используется в основном как метод достижения быстрого облегчения тяжелых психопатологических симптомов после установления неэффективности адекватной ПФТ либо в качестве метода первой линии выбора при ряде urgentных, угрожающих жизни состояний (Rose D. et al, 2003). Основными клиническими показаниями являются три группы расстройств: тяжелая депрессия, кататония, затяжная тяжелая мания. Вместе с тем, в РФ основным показанием к ЭСТ остается шизофрения – почти 90 % от всех диагнозов пациентов (Leikness K.A. et al, 2012). Как правило это больные с фармакологически резистентной шизофренией и реже с фебрильной и близким к ней по клинике злокачественным нейролептическим синдромом в рамках разных нозологий.

Говоря об эффективности ЭСТ при депрессии, можно сделать однозначный вывод: ЭСТ проверенный метод для лечения депрессии, включая резистентные формы. Кроме того, в недавней аналитической статье показано, что в исследования эффективности ЭСТ при депрессии привлекаются более тяжелые больные, чем в фармакологические исследования, что еще раз подтверждает высокую эффективность ЭСТ при тяжелых и резистентных депрессиях (Kellner C. et al, 2015).

Шизофрения оставалась основным показанием для ЭСТ до 60-х гг. XX века. Современные доказательные исследования показали, что эффективность ЭСТ при шизофрении оказалась ниже, чем при лечении антипсихотиками. Тем не менее метаанализ 17 исследований, охвативших 822 больных, четко показал превосходство комбинации ЭСТ с антипсихотиками по сравнению с монотерапией ЭСТ или антипсихотиками при кратких курсах лечения шизофрении (Braga and Petrides, 2005). Причем эффективность комбинированного лечения выше при использовании ЭСТ с атипичными антипсихотиками. При этом такое комбинированное лечение хорошо переносится и не повышает вероятности побочных эффектов.

Особо следует остановиться на применении ЭСТ при острой кататонии. Со всей очевидностью можно утверждать, что фебрильная кататония и ЗНС – абсолютное показание для немедленной ЭСТ (Нельсон А.И., 2005; Gazdag et al, 2009). Клинический опыт показывает, что ЭСТ более эффективна, чем бензодиазепины, в лечении острых симптомов кататонии в целом и при шизофрении, в частности. ЭСТ-терапия первой линии для лечения кататонии вне зависимости от психиатрического диагноза (Fink M., 1990). Кроме того, было показано, что комбинация лоразепама и ЭСТ оказалась наиболее эффективной любой монотерапии.

Таким образом, в большинстве исследований говорится об эффективном использовании ЭСТ в сочетании с психофармакотерапией у больных шизофренией. Доказанной считается высокая эффективность ЭСТ при различных проявлениях острой кататонической симптоматики.

Имеются данные о высокой (80 %) эффективности применения ЭСТ при мании в рамках биполярного расстройства. Американская психиатрическая ассоциация в своем руководстве рекомендует использовать ЭСТ для лечения маниакальных эпизодов исключительно в случаях, потенциально угрожающих жизни больного (напр., от физического истощения), либо в ситуации терапевтической резистентности мании к психофармакологии (The practice of electroconvulsive therapy..., 2001). Что касается смешанных состояний в рамках биполярного расстройства, то имеется три исследования, показавшие высокую эффективность ЭСТ при этих состояниях. Очевидно, роль ЭСТ в терапии этих расстройств оказывается явно недооцененной (Thirthalli J. et al, 2012). Это же относится и к использованию ЭСТ для терапии быстрых циклов в рамках биполярного расстройства, поскольку о бесспорной эффективности метода говорится лишь в единичных работах.

В целом, критериями эффективной ЭСТ могут служить следующие показатели (см. Swartz С.М., 2009):

- средний курс не более 8-ми сеансов;
- ремиссия у 80 % пациентов;
- рецидив менее, чем у 20 % пациентов через месяц после курса.

Известный американский специалист Ч. Келлнер (Kellner С., 2012) считает, что курс ЭСТ эффективен и его следует прекратить когда:

- достигнута полная ремиссия;
- когда достигнуто плато эффекта – два проведенных сеанса не улучшают состояние пациента.

ЭСТ можно, а в ряде случаев и нужно комбинировать с психофармакотерапией. Прежде всего, следует определиться с текущей психофармакотерапией у больного, которому назначено проведение ЭСТ. Следует обратить внимание на препараты, существенно изменяющие судорожный порог. В первую очередь это касается бензодиазепинов и противоэпилептических средств, которые часто используются в качестве корректоров настроения. В отношении бензодиазепинов и других антиконвульсантов среди специалистов преобладает единое мнение, что назначение их нежелательно, так как они существенно повышают судорожный порог, сокращают продолжительность припадка, что может сказаться на терапевтической эффективности.

Необходимость отмены антиконвульсантов при проведении ЭСТ требует индивидуального подхода. Это относится к проведению ЭСТ у пациентов с биполярным расстройством, в случаях, когда антиконвульсанты используются в качестве базового препарата. Современные исследования свидетельствуют, что разницы по симптоматическому улучшению не отмечалось. Однако для этого пациентам, получавших антиконвульсанты, нуждаются в большем числе сеансов ЭСТ. Поэтому, скорее всего, отмена бензодиазепинов и антиконвульсантов должна рассматриваться как желательная, но необязательная. Если того требует состояние больного и бензодиазепины, и антиконвульсанты могут быть оставлены в качестве курсовой терапии, что следует учитывать при планировании дозы электрического воздействия. Из антиконвульсантов наиболее безопасным для комбинации с ЭСТ на сегодня представляется ламотриджин. В рекомендациях Королевского Колледжа Психиатров (Великобритания) говорится, что антиконвульсанты можно не отменять при проведении ЭСТ даже в случае, если они используются в качестве корректоров настроения. Рекомендации Американской психиатрической ассоциации несколько более жесткие: дозы антиконвульсантов должны быть

снижены или антиконвульсанты следует вообще отменить, если они используются в качестве корректоров настроения. Согласно современным представлениям, литий также может безопасно сочетаться с проведением ЭСТ и не требует отмены (Thirthalli J. et al, 2012).

Как показывают современные исследования, нейролептики по-разному влияют на судорожный порог. Большинство антипсихотиков вообще либо обладают эпилептогенным действием (оланзапин, клозапин, зуклопентиксол) или никак на него не влияют (галоперидол, флуфеназин, рисперидон, сульпирид). Все это следует учитывать, если состояние больного требует продолжения курса психофармакотерапии во время проведения ЭСТ.

Если говорить в целом о курсовом сочетании ЭСТ с ПФТ, то не выявлено каких-либо корреляций между приемом различных психотропных средств во время курса ЭСТ и эффективностью этого курса. Скорость наступления терапевтического ответа и эффективность ЭСТ не зависят от приема таких препаратов как антидепрессанты и стабилизаторы настроения, наиболее часто используемых для лечения депрессивных. Комбинация ЭСТ и ПФТ представляется целесообразной. Прежде всего, это относится к лечению шизофрении и некоторых резистентных депрессий.

В целом, в отношении сочетания нейролептиков как «классических», так и «атипичных» вместе с ЭСТ преобладает точка зрения, что:

- это безопасно;
- повышает эффект терапии;
- сочетание ЭСТ и клозапина эффективно в преодолении терапевтически резистентных психозов.

Сочетание антидепрессантов и ЭСТ повышает антидепрессивный эффект. Другие исследователи высказывают сомнение в эффективности такого сочетания, особенно с трициклическими антидепрессантами, поскольку последние снижают судорожный порог, усиливают холинолитическое действие препаратов для наркоза (см. Нельсон А.И., 2005). Имеется и альтернативная точка зрения (Greenhalgh J. et al, 2005). В отношении антидепрессантов других групп имеются единичные исследования их эффективности и безопасности при ЭСТ. Так показано, что миртазапин способен усиливать терапевтический эффект ЭСТ (Baghai T.C. et al, 2004). В отношении СИОЗС высказывается мнение, что они могут нежелательно пролонгировать припадок. В отличие от них, СИОЗСН венлафаксин в комбинации с ЭСТ не вызвал осложнений и не оказал неблагоприятного влияния на лечебный эффект припадков (см. Нельсон А.И., 2005).

В целом, в отношении антидепрессантов доминирует точка зрения, что их сочетание с ЭСТ:

- безопасно (за исключением ИМАО);
- усиливает антидепрессивное действие ЭСТ.

В целом вопрос выбора данного метода терапии основывается на тщательно проведенном анализе у конкретного пациента предполагаемого соотношения риска и пользы от проведения ЭСТ (Fink M., 2009). В первую очередь, это следующие параметры оценки: риски анестезии, текущего соматического состояния, предполагаемых побочных эффектов, прежде всего, со стороны когнитивной сферы и, наконец, риски, связанные с отказом от применения данного метода лечения. Также следует помнить, что абсолютных противопоказаний к ЭСТ не существует. Выбирая этот метод биологической терапии врач, по существу, должен ответить на один вопрос: «Будет ли больному лучше с ЭСТ, чем без ЭСТ».

Сегодня в Санкт-Петербурге современная ЭСТ (с использованием наркоза и миорелаксантов) эпизодически проводится в трех лечебных учреждениях города: ПБ № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова, НМИЦП им. В.М. Бехтерева и частной психиатрической клинике «САН». Недостаточному внедрению современной ЭСТ в РФ способствует ряд объективных и субъективных факторов:

1. Полное господство ПФТ как единственного метода биологической терапии психозов.
2. Отсутствие анестезиологической службы или даже ставки врача анестезиолога-реаниматолога в штате большинства психиатрических больниц (за исключением тех, где имеются штатные палаты или отделения реанимации).
3. Отсутствие материально-технической базы: нет оборудованных кабинетов ЭСТ, современных аппаратов.

4. Малое число специалистов-психиатров, готовых проводить ЭСТ.
5. Стигматизация метода ЭСТ в глазах самих психиатров.
6. Сужение показаний к применению ЭСТ как к «терапии отчаянья».

Очевидно, что для преодоления текущей ситуации необходимо проведение реформы штатного расписания больниц, укрепление материально-технической базы (покупка аппаратов для ЭСТ, создание оснащенных кабинетов ЭСТ), проведение курсов по ЭСТ в рамках циклов повышения квалификации врачей на кафедрах психиатрии ВУЗов.

Зобин М.Л.

КЕТАМИН В ТЕРАПИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ (НАТУРАЛИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Медицинский центр доктора Зобина, г. Котор, Черногория

Современная фармакотерапия депрессий, основанная на моноаминергической модели расстройства, во многих случаях оказывается недостаточно эффективной. В одном из масштабных рандомизированных исследований (более 4000 пациентов) только 47 % ответили на стандартное лечение антидепрессантами и лишь у 1/3 пациентов удавалось получить ремиссию после 12 недель лечения препаратами первой линии. При этом 1/3 не достигла ремиссии даже после 4-х последовательных попыток разноуровневой комбинированной фармакотерапии [1, 2, 3].

Даже в случае удовлетворительной эффективности применение антидепрессантов сопряжено с отсроченностью терапевтического воздействия и возможностью возникновения побочных эффектов [4, 5]. В этой связи представляют интерес результаты лечения депрессий субанестетическими дозами кетамина [6, 7].

В отношении галлюциногенов в целом и кетамина в частности сохраняются предубеждения относительно безопасности их применения в психиатрической практике. Обычно указывается на высокий потенциал злоупотребления, особенно у пациентов с коморбидными аддиктивными расстройствами [8, 9, 10]. В связи с этим вопросы эффективности и безопасности применения кетамина, в том числе у пациентов с двойным диагнозом, остаются предметом клинических исследований [11, 12].

Целью настоящего испытания являлась оценка результатов кетаминотерапии у гетерогенной группы пациентов с умеренно выраженными проявлениями депрессии.

Материал и методы. Открытое натуралистическое нерандомизированное исследование включало 12 человек (4 мужчин и 8 женщин), в возрасте 28-60 лет (средний возраст $39,4 \pm 8,8$ лет), проходивших амбулаторное лечение в центре трансформационной терапии в Черногории.

В исследование включались пациенты с клинически оформленными депрессивными нарушениями. У шести человек диагностировались циркулярные расстройства настроения (F31, F32 и F33) и шестеро страдали преимущественно реактивно-личностными депрессивными нарушениями (F34, F41 и F43).

Критериями исключения являлись сопутствующие манифестные расстройства шизофренического спектра. Сопутствующие проявления зависимости (у десяти из двенадцати пациентов) не рассматривались как критерии исключения, поскольку подобная комбинация часто встречается в клинической практике. Более того депрессивные и аддиктивные расстройства нередко характеризуются синергетическим характером взаимоотношений [13].

Среди пациентов с двойным диагнозом в семи случаях коморбидным расстройством был алкоголизм, в двух случаях кокаинизм и в одном случае злоупотребление каннабисом.

Следует отметить, что поводом обращения за медицинской помощью у всех этих пациентов являлось аддиктивное расстройство. Несмотря на это депрессия в качестве самостоятельного сопутствующего диагноза определялась либо тем что аффективные нарушения предшествовали возникновению зависимости, либо тем что они обнаруживали собственную динамику в периоды ремиссии аддиктивного расстройства, либо их преобладанием в клинической картине, либо сочетанием перечисленных особенностей.

Длительность клинических проявлений депрессии в исследуемой группе к моменту кетаминотерапии составляла от 2-х до 15-ти лет (средняя продолжительность $7,2 \pm 3,9$).

Кроме значительной продолжительности особенностью депрессивных расстройств в исследуемой выборке являлась их резистентность к предшествующей терапии антидепрессантами. Лишь половина пациентов указывала на то что назначение лекарственных средств в какой-то степени улучшало их состояние.

Выбор кетаминотерапии в исследуемой группе обосновывался несколькими факторами:

- неэффективностью предшествующих рутинных методов лечения;
- значительным объемом данных, подтверждающих успешное использование кетамина для лечения депрессивных расстройств [14, 15, 16];
- доказанной эффективностью применения кетамина в терапии алкогольной и наркотической зависимости [17, 18, 19];
- отсутствием подтвержденных случаев последующего злоупотребления среди лиц получавших терапию кетамином по поводу аддиктивных расстройств [20, 21].

Сопутствующей программной психотерапии депрессивных расстройств в процессе исследования не проводилось, в том числе не проводилось подробной интерпретации трансперсональных переживаний возникающих в процессе психоделических сеансов. Осмыслению пережитого опыта посвящалась лишь короткая (10-15 минут) заключительная беседа, которая носила больше мотивирующий, чем разъяснительный характер.

Выбор конкретного терапевтического протокола – 6 сеансов через день (0,5 мг/кг кетамина внутривенно капельно в течение 20 минут первые 3 сеанса и 0,75 мг/кг в течение 30 минут 3 последующих) основывался преимущественно на литературных данных [22].

Для оценки выраженности депрессивных нарушений при первичном обследовании, в процессе терапии и после ее завершения использовались шкала депрессии Бека [23], визуальная аналоговая шкала [24] и шкала общего клинического впечатления [25].

Результаты. Курсовую терапию, с положительной динамикой разной степени выраженности, завершили все 12 пациентов. Ни один пациент не был исключен из исследования из-за связанных с терапией побочных эффектов.

Эффективность кетаминовой терапии была отмечена у 11 из 12 респондентов, причем у 7 из них улучшение квалифицировалось как существенное. Отсутствие клинически значимого ответа было зафиксировано лишь у одной тридцатилетней пациентки с десятилетним стажем дистимических расстройств (F34.1) и сопутствующим злоупотреблением алкоголем.

В большинстве случаев терапия сопровождалась быстрым появлением ожидаемого эффекта. Уже после первого сеанса половина пациентов отмечали сдвиг состояния в виде улучшения общего самочувствия.

После третьего сеанса 9 респондентов указывали на заметное снижение перепадов настроения, улучшение сна, ослабление внутреннего напряжения и редукцию соматовегетативной симптоматики. У пациентов с преобладанием апатических проявлений уменьшались признаки безучастности и безрадостного восприятия окружающих событий. Лица из ближайшего окружения отмечали улучшение у них коммуникативной активности и уменьшение гиперестетических проявлений в виде легко возникающих реакций раздражения.

При этом большая продолжительность терапии во всех случаях ассоциировалась с улучшением результатов лечения.

К концу курса, после шести сеансов терапии, у большинства отмечались заметные признаки восстановления утраченного в период депрессии интереса к привычному кругу занятий и увлечений, повышалась функциональная активность, практически полностью редуцировались нарушения сна.

Суммарные показатели психометрических шкал начальный (перед первым сеансом), промежуточный (после трех сеансов) и завершающий (после шести сеансов) представлены в таб. 1.

Таблица 1.

Показатели соотношения (средний суммарный бал) исходного промежуточного и заключительного уровня депрессии по шкале Бека, визуальной аналоговой шкале и шкале общего клинического впечатления.

Показатели	Начальный	Промежуточный	Завершающий
Уровень депрессии			
По шкале Бека	25,25±3,05	16,75±3,57	12,75±4,59
По визуальной аналоговой шкале	67,67±11,35	44,00±18,01	29,67±19,22
По шкале общего клинического впечатления	3,75±0,96	2,83±0,72	1,83±0,83

Несложные расчеты показывают, что клинический ответ по шкале Бека составил: промежуточный – 33,7 % и завершающий – 49,5 %; по визуальной аналоговой шкале соответственно 35,0 % и 56,2 %; по шкале общего клинического впечатления 24,5 % и 51,2 %.

Таким образом, критерии эффективности курсовой кетаминовой терапии (после 6 сеансов), по фиксированным суммарным баллам применяемых шкал, соответствовали принятым категориям оценки 50 % редукции симптоматики. По шкале Бека показатели приближались к этому рубежу (49,5 %) по двум другим шкалам превышали его.

С учетом минимального размера выборки, для определения статистической достоверности полученных данных было выполнено два вида анализа: общая линейная модель и непараметрический критерий. Оба подхода дали значимый результат отличий между начальным, промежуточным и завершающим этапом. Полученные уровни значимости (в оценке эффектов межгрупповых факторов и во множественных сравнениях) не превышали показателя 0.05.

Обсуждение. В ходе проведенного исследования установлено, что антидепрессивный эффект кетаминовой терапии может возникать уже после первого сеанса. Статистически достоверная редукция баллов по используемым шкалам, отмечалась после 3-ех сеансов внутривенного капельного введения 0,5 мг/кг кетамина и прогрессировала в ходе дальнейшей терапии при дозе 0,75 мг препарата. Такая динамика психометрических показателей согласуется с результатами нескольких рандомизированных исследований [26] и представляется достаточно обнадеживающей.

Вместе с тем корректность использования результатов рандомизированных исследований для сравнения с проведенным натуралистическим исследованием может вызывать сомнения, поскольку в строгих клинических испытаниях проводится отбор пациентов определенной диагностической категории. При этом злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, как правило, являются критериями исключения.

Натуралистические исследования наиболее близки к реальной клинической практике в связи с их менее строгим дизайном и более широкими критериями отбора пациентов. Поэтому особенностью данного исследования явилась клинически значимая представленность коморбидных аддитивных расстройств у 10 из 12 пациентов. В процессе испытания было установлено, что двойной диагноз не снижает переносимости терапии и в сравнении с пациентами, страдающими изолированными депрессиями, не влияет на ближайшие результаты лечения.

В то же время данное исследование имеет ряд особенностей и методических недостатков, ограничивающих экстраполяцию результатов на весь спектр депрессивных расстройств. Так недостаточная репрезентативность выборки, отсутствие контрольной группы, рандомизации и открытый характер исследования не позволяют утверждать, что все пациенты могут извлечь пользу из этой терапии. К тому же полученные результаты надо воспринимать с учетом мотивирующих установок врача на позитивные эффекты лечения.

Среднесрочные и долгосрочные эффекты лечения остаются менее изученными и по имеющимся данным являются менее впечатляющими. Важным, однако, является то, что кетаминотерапия в процессе ее проведения показала себя безопасной стратегией. Несмотря на то что отдаленные эффекты лечения нуждаются в дополнительном изучении многолетний опыт использования кетамина в анестезиологической практике не дает оснований для избыточных опасений.

Таким образом, результаты представленного натуралистического исследования подтверждают полученные в рандомизированных исследованиях данные об эффективности кетаминотерапии при лечении фармакорезистентных депрессий и подчеркивают преимущества ее применения в связи с быстрым наступлением эффекта и отсутствием текущих осложнений.

Кроме благоприятного профиля безопасности, внутривенное введение кетамина устраняет необходимость ожидания отсроченных терапевтических эффектов, как в случае с антидепрессантами. Это, в свою очередь, повышает приверженность пациентов лечению и снижает риски суицидального поведения. При этом достижение ближайших результатов терапии не исключает возможности назначения антидепрессантов в последующем.

Литература

1. Rush A.J., Trivedi M.H., Wisniewski S.R. et al Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 1905–1917.
2. Warden D., Rush A.J., Trivedi M.H. et al The STAR*D Project results: a comprehensive review of findings. *Curr Psychiatry Rep*. 2007 Dec; 9(6):449-459.
3. Gaynes B.N., Warden D., Trivedi M.H. et al What did STAR*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. *Psychiatr Serv*. 2009;60: 1439-1445.
4. Coupland C.A., Dhiman P., Barton G. et al A study of the safety and harms of antidepressant drugs for older people: a cohort study using a large primary care database. *Health Technol Assess*. 2011 Aug; 15(28):1-202.
5. Andrews P.W., Thomson J.A. Jr., Amstadter A., Neale M.C. Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good // *Front. Psychol*. 2012. Vol. 3. ID 117.
6. Lee E.E., Della Selva M.P., Liu A., Himelhoch S. Ketamine as a novel treatment for major depressive disorder and bipolar depression: a systematic review and quantitative meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015 Mar-Apr; 37(2):178-184.
7. McGirr A., Berlim M.T., Bond D.J. et al A systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled trials of ketamine in the rapid treatment of major depressive episodes. *Psychol Med*. 2015 Mar;45(4):693-704.
8. Jansen K.L., Darracot-Cankovic R. The nonmedical use of ketamine, part two: A review of problem use and dependence. *J Psychoactive Drugs*. 2001 Apr-Jun; 33(2):151-158.
9. Kalsi S.S., Wood D.M., Dargan P.I. The epidemiology and patterns of acute and chronic toxicity associated with recreational ketamine use. *Health Threats Journal*. 2011 Apr 15;4:7107.
10. Morgan C.J., Curran H.V. Independent Scientific Committee on Drugs. Ketamine use: a review. *Addiction*. 2012 Jan; 107(1):27-38.
11. Serafini G., Howland R.H., Rovedi F. et al The role of ketamine in treatment-resistant depression: a systematic review. *Curr Neuropharmacol*. 2014 Sep; 12(5):444-461.
12. Malhi G.S., Byrow Y., Cassidy F. et al, Ketamine: stimulating antidepressant treatment? *B J Psych Open*. 2016 May 11;2(3):e5-e9.
13. Cogle J.R., Hakes J.K., Macatee R.J. et al Probability and correlates of dependence among regular users of alcohol, nicotine, cannabis, and cocaine: concurrent and prospective analyses of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2016 Apr; 77(4):e444-450.
14. Zarate C.A.Jr, Singh J.B., Carlson P.J. et al A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Aug; 63(8):856-864.
15. Naughton M., Clarke G., O'Leary O.F. et al A review of ketamine in affective disorders: current evidence of clinical efficacy, limitations of use and pre-clinical evidence on proposed mechanisms of action. *J Affect Disord*. 2014 Mar; 156:24-35.
16. Newport D.J., Carpenter L.L., McDonald W.M. et al Ketamine and Other NMDA Antagonists: Early Clinical Trials and Possible Mechanisms in Depression. *Am J Psychiatry*. 2015 Oct; 172(10):950-966.
17. Krupitsky E.M., Burakov A.M., Dunaevsky I.V. et al Single versus repeated sessions of ketamine-assisted psychotherapy for people with heroin dependence. *J Psychoactive Drugs*. 2007 Mar;39(1):13-19.
18. Kolp E., Friedman H., Krupitsky E. et al Ketamine Psychedelic Psychotherapy: Focus on its Pharmacology, Phenomenology, and Clinical Applications In *The Ketamine Papers: Science, Therapy, and Transformation*. /Ed. by P. Wolfson and G. Hartelius, 2016 MAPS, p. 97-197.
19. McAndrew A., Lawn W., Stevens T. et al A proof-of-concept investigation into ketamine as a pharmacological treatment for alcohol dependence: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017;18:159
20. Krupitsky E.M., Grinenko A.Y. Ketamine psychedelic therapy (KPT): a review of the results of ten years of research. *J Psychoactive Drugs*. 1997 Apr-Jun;29(2):165-183.
21. Krupitsky E., Burakov A., Romanova T. et al Ketamine psychotherapy for heroin addiction: immediate effects and two-year follow-up. *J Subst Abuse Treat*. 2002 Dec;23(4):273-283.
22. Ryan W., Marta C., Koek R. Ketamine, Depression and Current Research: A Review of the Literature. In *The Ketamine Papers: Science, Therapy, and Transformation* /Ed. by P. Wolfson and G. Hartelius, 2016 MAPS, p.199-274.
23. Beck A.T. et al An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*. 1961. T.4 № 6. C. 561-571.
24. Aitken R.C.B. A growing age of measurement of feelings. - University Department of Psychiatry, Roal Edinburgh Hospital, Edinburgh. *Proc. roy. Soc. Med*. Volume 62 October 1969
25. Guy W. *Clinical Global Impression // ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*, revised National Institute of Mental Health, Rockville, MD, U.S. 1976.
26. Fond G., Loundou A., Rabu C. et al Ketamine administration in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014 Sep; 231(18):3663-3676.

Лутова Н.Б.
ТИПОЛОГИЯ БОЛЬНЫХ
ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЕНСА
И ПОДХОДЫ К ЕГО УЛУЧШЕНИЮ

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

На протяжении последних десятилетий в мировой психиатрии сохраняется интерес к проблеме согласия и следования больным лечебным назначениям, предписанным врачом, то, что в научной литературе принято обозначать термином «комплаенс». Активное изучение феномена комплаенса в психиатрии обусловлено рядом причин. Во-первых, нарушения соблюдения больными предписываемого режима лекарственных назначений во многом обуславливают сохраняющиеся в нашей стране высокие показатели регоспитализаций психически больных в стационары, увеличение длительности пребывания пациентов на койке и рост первичной инвалидизации, что приводит к значительным финансовым затратам на лечение (Гурович И.Я. и др., 2000; Незнанов Н.Г., Вид В.Д., 2004; Букреева Н.Д., 2009; Гатин Ф.Ф. и др., 2012). Во-вторых, у психически больных нарушения режима приема лекарств приводят к особенно тяжелым последствиям, затрагивающим течение и прогноз самого заболевания (Robinson D. et al, 1999; Misdrahi D. et al, 2002), социальную сферу пациентов и благополучие членов их семей (Herings R., Erkens J., 2003; Johnson D. et al, 1983). Бремя неблагоприятных последствий нарушения больными режима приема лекарств усугубляется широкой распространенностью этой проблемы у психически больных, что подтверждено многочисленными исследованиями (Ревенкова Ю.А., 2007; Cramer J., Rosenheck R., 1998; Lacro J., 2002; Perkins D., 2002; Marder S., 2003). Такая ситуация входит в противоречие с биопсихосоциальной моделью психических расстройств, предполагающей системное видение патогенеза психозов и определяющей участие в лечебных программах для этих пациентов биологического, психологического и социального компонентов (Холмогорова А.Б., 2002; Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П., 2007; Незнанов Н.Г., Акименко М.А., 2012). Поэтому не случайно в настоящее время повсеместно отмечается выраженное стремление практикующих врачей-психиатров понять причины этого явления, равно как и осуществить поиск различных факторов, влияющих на формирование и поддержание комплаентности у психически больных, что дает возможность минимизировать нарушения режима приема лекарств за счет использования правильно выбранных персонализированных интервенций, направленных на улучшение медикаментозного комплаенса. Эта сложная задача и представляется важным дать практикам верную ориентировку относительно основных проблем, связанных с нарушениями медикаментозного комплаенса, встречающихся у психиатрических пациентов.

Таким образом, **целью нашей работы** стала попытка типологизировать больных, страдающих эндогенными психическими расстройствами относительно медикаментозного комплаенса.

Материалы и методы. Обследовано 426 больных, проходивших стационарное лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств НМИЦП им. В.М. Бехтерева в возрасте от 18 до 70 лет. Из них 36,4 % составили мужчины и 63,6 % — женщины. Среднее значение $M(x)$ длительности заболевания равно 90,19 месяцев, среднеквадратическое отклонение σ равно 95,98 месяцев. Согласно диагностическим критериям МКБ-10 обследованные больные относились к рубрикам: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2) — 320 человек и аффективные расстройства (F3) — 106 человек. В качестве инструмента для оценки медикаментозного комплаенса использовалась Шкала оценки медикаментозного комплаенса (ШМК) (Лутова Н.Б. и соавт., 2008).

Результаты и обсуждение. На первом этапе был проведен факторный анализ, позволивший получить обобщенные характеристики медикаментозного комплаенса (латентные факторы), которые использовались для типологии больных в соответствии с типами комплаенса при помощи кластерного анализа. Полученные данные представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Средние значения показателей кластеров

Латентные факторы	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3
Фактор «мотивации к лечению»	-1,09613	0,19167	0,729721
«Фактор активности»	0,35734	-1,13459	0,718128
Фактор «остроты заболевания»	0,15960	-0,18362	0,032604

Таблица 2

Таблица значений евклидова расстояния между кластерами

Номера кластеров	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3
Кластер 1	0,000000	1,334027	1,160005
Кластер 2	1,155001	0,000000	1,256273
Кластер 3	1,077035	1,120836	0,000000

В соответствии с интерпретацией латентных факторов можно дать содержательную характеристику сформированных кластеров:

- кластер 1 (129 больных) представлен низкомотивированными к медикаментозной терапии больными, обладающими достаточно высоким уровнем активности и психопатологической симптоматикой умеренной степенью выраженности. Их низкая мотивация к лечению обусловлена субъективным отсутствием давлением страдания. Для данной категории больных высока угроза отказа от медикаментозного лечения по мотиву: «я чувствую себя неплохо и у меня нет причин принимать лекарства»;

- кластер 2 (140 больных) – это пациенты с умеренной мотивацией к лечению, имеющие наиболее выраженное снижение активности и высокий уровень остроты заболевания. Эти больные хотят улучшить свое состояние, поскольку испытывают дискомфорт из-за болезненных проявлений. В данном случае препятствиями для их комплаентности, в первую очередь, является их пассивность, которая препятствует следованию режиму лекарственных назначений и выраженность психопатологических симптомов, которые снижают как возможность, так и желание больного принимать лекарства;

- кластер 3 (157 больных) – пациенты с высокой мотивацией к лечению, высоким уровнем активности и средней выраженностью остроты заболевания. Такой профиль комплаентности дает возможность воспользоваться эффектами психофармакотерапии (высокий уровень мотивации и достаточный уровень активности) при наличии давления страданием за счет выраженности остроты заболевания.

Данные дисперсионного анализа и средних показателей ШМК, имеющих статистически значимые различия ($p < 0,000$) между кластерами демонстрируют, что наиболее низкие показатели оказались у больных, относящихся к кластеру 1 по следующим параметрам:

- субшкала «факторы отношения к медикации»,
- субшкала «факторы, связанные с близким окружением»,
- субшкала «факторы, связанные с врачом»,
- общий показатель ШМК.

Это самая проблемная когорта больных, которых можно описать как «активных противников лечения», поскольку, имея невысокую выраженность заболевания и достаточный уровень активности, они негативно относятся к медикации, не имея должной поддержки близких относительно фармакотерапии и противодействуя выстраиванию терапевтических отношений. Подходы к улучшению медикаментозного комплаенса в данном случае должны, прежде всего, включать использование мотивационных техник, приводящих к формированию внутренней мотивации к лечению на основании устойчиво сформированного терапевтического альянса с врачом. Значимость терапевтического альянса здесь трудно переоценить, поскольку именно компетентность и эмпатия врача может стать решающим фактором в формировании комплаентности в силу отсутствия поддержки окружения. Важно исследовать и проработать психологически обусловленные препятствия, имеющиеся у пациента с последующим присоединением элементов когнитивно-поведенческих интервенций.

У больных, принадлежащих к кластеру 2, наблюдается наиболее низкий показатель субшкалы «факторы, связанные с пациентом». Другие значения ШМК занимают срединное положение. Таким образом, пациентов, относящихся к кластеру 2, можно квалифицировать как «неустойчивых относительно комплайенса», поскольку их показатели отношения к медикации лучше, чем у предыдущей когорты больных. Они имеют поддержку близкого окружения, достаточно удовлетворительный показатель терапевтического альянса, но их собственные ресурсы ослаблены морбидными (самый низкий показатель субшкалы «факторы, связанные с пациентом»), что может нарушать комплаенс преимущественно за счет низкой активности, которая может приводить к неспособности делать усилия для соблюдения режима лекарственной терапии. Для данной когорты наиболее эффективными интервенциями являются психообразовательные программы для больных и родственников, направленные на формирование адекватных представлений о роли и границах возможностей психотерапии, профилактику самостигматизации, а также использование пролонгированных форм антипсихотических препаратов, позволяющих предотвратить нонкомплаенс, обусловленный выраженностью негативной симптоматикой и когнитивными расстройствами.

Средние значения показателей всех подсистем у больных, относящихся к кластеру 3, оказались выше по сравнению с двумя другими кластерами. Эту когорту пациентов можно охарактеризовать как «активно комплаентных», так как они положительно настроены относительно медикации и, имея достаточный уровень активности, пытаются избавиться от имеющихся симптомов, поддерживая терапевтический альянс и имея поддержку близких. Данный контингент нуждается в мониторинге медикации, в ходе которого акцент должен делаться на переносимости лекарственных средств, их эффективности и удобстве приема на фоне поддержания устойчивого терапевтического альянса. Важнейшим является поддержание партнерских отношений с больным, информирование пациента относительно возможных опций медикаментозного лечения, что позволит сохранить их высокий уровень комплайенса.

Выводы. Примененные математические процедуры позволили обнаружить тот или иной профиль «типичного» пациента и показать, какие нарушения в той или иной подсистеме комплайенса обуславливают то, к какому из кластеров относится больной.

Кластер 1 включает низкомотивированных больных со средней активностью и невысокой остротой заболевания. Кластер 2 составляют больные со средней мотивацией, низкой активностью и высокой остротой состояния. Кластер 3 представляют больные с высокой мотивацией, высокой активностью и средней остротой состояния.

Определение положения больного в факторном пространстве комплайенса дает возможность оценить сочетания выраженности его мотивации к лечению, активности и остроты заболевания. Полученные данные позволяют практикующему врачу-психиатру облегчить квалификацию проблем медикаментозного комплайенса у каждого конкретного больного и способствовать более рациональному построению индивидуальных программ терапии комплайенса.

Литература

1. Гурович И. Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М.. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-1999 г.г.) / И. Я. Гурович, – М., 2000. – 506 с.
2. Незнанов, Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–161.
3. Букреева Н. Д. Стандарты медицинской помощи в области психиатрии и перспективы их использования // Охрана психического здоровья работающего населения России: тезисы докладов научной конференции, Кемерово, 16-17 апреля 2009 г. – Кемерово, 2009. – С. 48–50.
4. Гатин Ф. Ф., Валева А.М., Волгина Ф.М. Особенности регоспитализации в психиатрический стационар // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» и научно-практическая конференция «Современные проблемы социальной и клинической сексологии»: тезисы / под ред. проф. Н. Г. Незнанова, проф. К. К. Яхина. – СПб., 2012. – С. 13. 18. 92.
5. Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M., et al Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia and schizoaffective disorder // Arch. Gen. Psychiatry. – 1999. – Vol. 56. – P. 241–247.
6. Misdrati D., Llorca P.M., Lancon C., Bayle B.J. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutic considerations and implications // Encephale. – 2002. – Vol. 28. – P. 266–272.
7. Herings R. M, Erkens J.A. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics // Pharmacoepidemiol. Drug. Saf. – 2003. – Vol. 12(5). – P. 423–424.

8. Johnson D. A., Pasterski G., Ludlow J.M., et al The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences// Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 339–352.
9. Ревенкова Ю. А. Позиционирование больными параноидной шизофренией биологических и социальных проявлений болезни и побочных эффектов нейролептиков: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Ревенкова Ю. А.; Казанск. гос. мед. ун-т. – Казань. 2007. – 19 с.
10. Cramer J. A., Rosenheck R. Compliance with medication regiments for mental and physical disorders // Psychiatr. Serv. – 1998. – Vol. 49. – P. 196–201.
11. Lacro J. P., Dunn L.B., Dolder C.R., et al Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature // J. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63. – P. 892–909.
12. Perkins D. D. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63(12). – P. 1121–1128.
13. Marder S. R. Overview of partial compliance // J Clin Psychiatry. – 2003. – Vol. 64, suppl. 16. – P. 3–9.
14. Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа исследований в области психического здоровья // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 97–104.
15. Незнанов Н. Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П. Школа В. М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме // СПб.: ВВМ, 2007. – 248 с.
16. Незнанов Н. Г., Акименко М.А. Холистический подход В. М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии. // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 1. – С. 3–6.
17. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплайенс в психиатрии и способ его оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – № 1. – С. 8–13.

Менделевич В.Д.

КРИЗИС ДОВЕРИЯ, ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ И ПРОБЛЕМА САМОЛЕЧЕНИЯ

КГМУ, г. Казань

Одной из актуальных проблем современной медицины признается недостаточная комплаентность пациентов и низкий уровень приверженности терапии. Данный факт связывается с кризисом доверия, когда больные склонны сомневаться в компетентности врачей и в обоснованности предписываемого лечения. В современной медицине пациенты, критично относящиеся к назначениям врачей и конфронтирующие с ними, традиционно называются «трудными пациентами». Немаловажной в этой связи становится тема «Интернет-пациента» и склонности пользователей заниматься самодиагностикой и самолечением. Несмотря на то, что у таких больных обнаруживаются поведенческие девиации или психопатологические симптомы, они продолжают оставаться в поле зрения интернистов, а не психиатров или психотерапевтов.

За последние десятилетия обнаруживается отчётливая тенденция увеличения эффективности психологических воздействий на пациента. Так, неожиданным для медицины оказался факт роста числа респондеров на плацебо среди участников клинических исследований по испытанию новых лекарственных средств. Если 1980-1989 гг. таких было 32,6 %, в 1990-1999 – 36,6 %, то в 2000-2007 – 40,6 % [14].

Другой кризис доверия охватывает взаимоотношения медиков и фармацевтических компаний, врачей и учёных-исследователей, изучающих эффективность и безопасность лекарственных средств. Внедрение принципов доказательной медицины в рутинную врачебную практику сталкивается с недоверием к результатам научных исследований. Кроме того, проблемой становится избыток и противоречивость научной информации в условиях «информационного перенасыщения», когда кол-во медицинской литературы (статей, обзоров, руководств и пр.) приводит к невозможности её освоения. Так, к примеру, в 2016 году в 81 стране мира издавалось 11 365 медицинских журналов по 234 дисциплинам.

Для самой медицины наиболее значимой оказалась проблема плюрализма мнений и трудности внедрения доказательной медицины. В научной прессе стали появляться работы, критикующие методологию мета-анализов и Кохрейновских обзоров [9, 10, 17]. Отмечается, что рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) и их мета-анализы часто демонстрируют противоречивые результаты. В одних публикациях препарат может быть признан самым эффективным, в других – его эффективность ниже, чем у других или находится на уровне плацебо-эффекта. Эти различия объясняют несовершенством методов исследования, влиянием спонсоров, отказом от публикаций «проигранных» РКИ. Кроме того, нередко не учитывается многообразие терапевтических целей и методологий.

Данный парадокс можно продемонстрировать на примере оценки пользы или вреда электронных сигарет (ЭС). Так, Кохрейновский обзор 2014 года, включивший анализ 16 РКИ, продемонстрировал незначительное улучшение от применения ЭС и привёл к выводу о необходимости дальнейших исследований [8]. К сходному результату подвёл Кохрейновский обзор 2016 года, проанализировавший 22 РКИ с участием 622 пациента [11]. Однако, на основании другого систематического обзора и мета-анализа 2016 года был сделан вывод о том, что ЭС не демонстрируют достоверной частоты прекращения курения [15]. В том же году, к иному выводу привёл систематический обзор и мета-анализ 6 РКИ с участием 7551 пациентов. Было резюмировано, что применение ЭС приводит к достоверному снижению частоты и вреда от курения [13]. Нами было обращено внимание на методологическое несовершенство перечисленных работ, связанное с тем, что кардинально различались конечные точки оценки эффективности или неэффективности использования ЭС. В части работ изучался параметр «прекращения курения», в иных – «снижение частоты и вреда от курения» [2].

Понятие «трудный пациент» появилось в здравоохранении и особенно в психоневрологии, достаточно давно. Ещё в 1983 году N. Sartorius писал, что «одной из самых важных медицинских проблем ближайших десятилетий будет невозможность эффективного лечения большого числа

больных, обращающихся в учреждения медико-санитарной помощи с постоянными жалобами, которые трудно соотнести с тем или иным органическим поражением». В связи с этим особую значимость приобрели исследования т.н. «функциональных расстройств» [1].

По мнению Hinchey, S.A., Jackson A.L. [12], трудного больного характеризуют следующие параметры: наличие психических расстройств, множественные симптомы, хроническая боль, функциональные нарушения, неудовлетворённые ожидания и низкая удовлетворённость качеством медицинской помощи. Многие авторы считают, что к этому списку следует добавить наличие признаков психосоматических расстройств [3, 4]. Отталкиваясь от дефиниции – «трудный пациент – это больной человек, с которым врачу сложно взаимодействовать» – к основным характеристикам такого пациента причисляют: алекситимию, анозогнозию, когнитивный дефицит (дисфункциональные базисные схемы) и неспособность дифференцировать ощущения.

А.Ш. Тхостовым [5] было отмечено, что базой нарушений взаимодействия с «трудным пациентом» является его речевая практика. В частности, изменение «словарей». Было обнаружено возрастание объёмов «часто испытываемых» словарей у ипохондрических больных, вызванное более активным употреблением описаний отрицательных эмоциональных состояний («тревога», «подавленность», «депрессия») и ощущений тонуса («слабость», «напряжение», «усталость»). Для больных шизотипическим и соматоформным расстройствами характерным оказалось значимо более редкое употребление конкретных физических симптомов («ожог», «жжение», «биение») при более частом использовании признаков отрицательных эмоциональных состояний (в словарях всех типов). Словари больных с ипохондрическими синдромами были более метафоричны, «психологизированы», а соматических больных – более реальны и конкретны (даже экстрацептивные признаки, встречавшиеся в интрацептивных словарях больных раком желудка, носили вполне конкретный характер: «мокрый от пота», «мерцание в глазах» пр.).

Учитывая то, что у «трудного пациента», как правило, формируется недоверие к врачу, именно он чаще других больных склонен к обращению за самолечением. Самолечение – это независимый выбор и применение потребителем лекарственных средств (ЛС), находящихся в свободной продаже, для профилактики и лечения нарушений самочувствия и симптомов, распознанных самим пациентом. Следует отметить, что отношение официальной медицины к самолечению пациентов не носит однозначно негативного смысла. Это следует из положений Всемирной организации здравоохранения о т.н. «ответственном самолечении». Под ним понимается разумное применение пациентами ЛС, реализуемых в свободной продаже, для профилактики и лечения лёгких расстройств, при которых не требуется профессиональная лечебная помощь.

По мнению A. Shaghghi et al [16] к мотивам обращения за самолечением относятся: простота симптомов, недостаток времени, дороговизна обращения к врачу, позитивный опыт самолечения, простота получения лекарства, прошлый опыт заболевания, отсутствие медицинской страховки, низкая цена, финансовые проблемы, недоступность медицинских учреждений и недоверие врачам. Известно, что в разных странах мира к самолечению прибегают с разной частотой. Так, по данным D. Bennadi [7], наиболее часто к самолечению прибегают жители ЮАР (14 %), США (13 %), Австралии и Германии (по 11 %), тогда как в Мексике, Швейцарии и Италии таким пациентов почти в полтора раза меньше – около 8 %. Отмечается, что в Российской Федерации «основная масса людей откладывает обращение к врачу, а от 52 до 70 % начинают лечиться самостоятельно [6]. Многие авторы констатируют, что предикторами обращения за самолечением выступают помимо женского пола и высокого уровня образования, ещё и текущее психическое расстройство.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что тема кризиса доверия между пациентами и врачами носит как субъективный, так и объективный характер. Психологический профиль «трудного пациента» оказывается лишь одним из факторов снижения комплаентности и приверженности лечению. Другим фактором выступает несовершенство методологии доказательной медицины, создающее нередко недоверчивое отношение врачебного сообщества к результатам мета-анализов. Пути решения сложившейся проблемы могут стать углублённые исследования личности «трудных пациентов» и совершенствования методов доказательной медицины.

Литература

1. Дюкова Г.М. Функциональные расстройства в неврологической практике. // Медицинский совет. 2015. №5. С. 62-68.
2. Менделевич В.Д. Польза и вред электронных сигарет сквозь призму разных терапевтических методологий. // Вестник современной клинической медицины. 2015. №8 (2). С. 61-73.
3. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: «Городец», 2016. 596 с.
4. Прохоров А.О., Валиуллина М.Е., Габдреева В.Ш., Гарифуллина М.М., Менделевич В.Д. Психология состояний. / учебное пособие под редакцией А.О. Прохорова. М., 2011. 624 с.
5. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
6. Шилова Л.С. Куда и почему уходят пациенты из поликлиник? / В сборнике Инновационное развитие экономики России: междисциплинарное взаимодействие. М., 2014. С. 620-626.
7. Bennadi D. Self-medication: A current challenge. Journal of Basic and Clinical Pharmacy. 2014. V. 5(1): 19-23.
8. Boyle R., Solberg L., Flore M. Does use of an electronic health record improve the delivery of stop smoking treatment to patients? Cochrane 2014. http://www.cochrane.org/CD008743/TOBACCO_does-use-of-an-electronic-health-record-improve-the-delivery-of-stop-smoking-treatment-to-patients
9. Chandler J., Hopewell S. Cochrane methods - twenty years experience in developing systematic review methods. Systematic Reviews 2013, 2:76
10. Forsyth S.R., Odierna D.H., Krauth D., Bero L.A. Conflicts of interest and critiques of the use of systematic reviews in policymaking: an analysis of opinion articles. Systematic Reviews 2014, 3:122
11. Hartmann-Boyce J., McRobbie H., Bullen C., Begh R., Stead L.F., Hajek P. Can electronic cigarettes help stop smoking, and are they safe to use for this purpose? Cochrane 2016.
12. Hinchey, S.A., Jackson A.L. A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. J Gen Intern Med. 2011 Jun; 26(6): 588-94.
13. Kalkhoran S., Glantz S.A. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016. V. 4(2): 116-128.
14. Papakostas G.I., Fava M. Does the probability of receiving placebo influence clinical trial outcome? A meta-regression of double-blind, randomized clinical trials in MDD. Eur Neuropsychopharmacol. 2009 Jan; 19(1): 34-40.
15. Rahman M.A., Hann N., Wilson A., Mnatzaganian G., Worrall-Carter L. E-cigarettes and smoking cessation: evidence from a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015 Mar 30; 10(3): e0122544.
16. Shaghghi A., Asadi M., Allahverdipour H. Predictors of Self-Medication Behavior: A Systematic Review. Iran J Public Health. 2014 Feb;43(2):136-46.
17. Truswell A.S. Some problems with Cochrane reviews of diet and chronic disease. European Journal of Clinical Nutrition (2005) 59, Suppl 1, S150–S154.

Пашковский В.Э.

НЕЧЕТКИЕ ПСИХОЗЫ*СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

С давних пор диагностическое мышление ориентировано на формальную логику, где любое утверждение оценивается да/нет, истинно/ложно. Термин, которым озаглавлена статья, возник по аналогии с математическим понятием «нечеткие множества» [9]. Они представляют собой классы с нечеткими границами, когда переход от принадлежности к классу к непринадлежности к нему происходит постепенно, не резко, а мера истинности представляет собой диапазон от 1 до 10 [1].

Категориальная модель, основанная на парадигме Э. Крепелина, уточняла границы между отдельными заболеваниями, осуществляла поиск клинических признаков, патогномоничных для каждой нозологической формы, определяла дифференциально-диагностические критерии, и осуществляла попытки найти этиологию психозов. Однако уже с самого начала ее появления обнаруживалась ее нечеткость. Не всегда было возможно утверждать, принадлежит ли данный клинический случай к шизофрении или МДП. По мере развития исследования в рамках парадигмы обнаруживались факты, плохо укладывающиеся в концепцию Э. Крепелина. Клинические границы между двумя эндогенными психозами оказались размытыми и значительная часть больных не укладывалась в рамки «чистого» МДП или шизофрении, занимая промежуточное положение. Не удалось провести отчетливую грань между психозами и пограничными состояниями и между пограничными состояниями и вариантами нормы (например, МДП – циклотимия – циклоидный характер). Небольшая часть больных шизофренией спонтанно выздоравливала, что было отмечено самим Э. Крепелином. Поиски этиологии психозов оказались безрезультатными [2].

Попытки преодолеть жесткий формальный подход предпринимались в новых психиатрических классификациях. Так, понятия «болезнь» или «заболевание» были заменены расплывчатым понятием «психическое расстройство». Однако, и в дименсиональной модели, представленной в международных классификациях DSM-5 и ICD 10, психические расстройства ограничены друг от друга жесткими критериями, а сам термин «психическое расстройство» обозначает синдромальную совокупность симптомов, эмпирически сосуществующих друг с другом по зачастую неизвестным причинам. К сожалению, за редким исключением, все эти совокупности симптомов, встречающиеся при психических расстройствах, не имеют доказанных общих патогенетических механизмов [3]. В последние годы ряд психических расстройств, таких как депрессии, посттравматические стрессовые расстройства, другие психозы изучаются как сети взаимодействующих симптомов. Большим шагом вперед в последние годы стало развитие статистических моделей, которые позволяют оценивать сети эмпирической психопатологии [6]. С этой точки зрения причинное взаимодействие между симптомами образует четкую сеть. Например, при большом депрессивном расстройстве (MDD) у пациентов с депрессией часто возникают такие симптомы, как грусть, ангедония, усталость, бессонница, проблемы с концентрацией внимания и суицидальные мысли [5], и легко представить причинные связи между этими проблемами, например, усталость → бессонница → проблемы концентрации внимания или грусть → ангедония → суицидальные мысли. Кроме четких (ориентированных) сетей существуют нечеткие (неориентированные) сети. Примером нечетких сетей являются коморбидные нарушения, которые чрезвычайно распространены в области психопатологии. По данным обследования 9282 респондентов, проведенного R.C. Kessler с соавт.[7] 55 % из них имели только один диагноз, 22 % 2 диагноза, и 23 %, 3 или более диагнозов. Примером нечеткой сети служит следующий клинический пример.

Больная П., 21 г. В поле зрения психиатров попадает впервые. С детства отмечала у себя наличие контрастных навязчивых мыслей, которые крутились в голове. Мысли носили не свойственный личности характер: «хотелось в магазине кого-то ударить», крутилось в голове: «Скажи Бог-дерьмо», возникали представления о сексуальных отношениях с отцом. Если больная пыталась отвлечься от мыслей, напряжение увеличивалось. На фоне нарастающего напряжения, стали возникать непреодолимые желания украсть в магазине шоколад, конфеты и недорогие продукты. Когда данное напряжение после кражи снять не удавалось, возникало стремление быть обнаруженной, но понимала, что кража товара на крупную сумму грозит серьезными последствиями.

Аффективные колебания отмечала с 15 лет. Поступив в колледж, стала ощущать прилив сил, повышение настроения до эйфории, стала активисткой в группе и на курсе, участвовала в конкурсах чтецов. После настроение стало меняться, могла в течение дня быть веселой и активной, а к вечеру приходя домой чувствовала упадок сил, «будто силы уходят из меня», с ощущением тоски и «пустоты внутри». Затем состояние стала меняться:росло постоянное чувство тоски, настроение большую часть времени было сниженным, ощущала себя беспомощной, «бесчувственной», считала, что подводит мать своими неудачами в учебе, появились мысли о «бессмысленности жизни». Такие колебания продолжались около двух лет с кратковременными «стабильными» состояниями. В состоянии подавленности совершила суицидную попытку: «отравилась клещевинной». Лечилась в детской больнице в токсикологическом отделении. После выписки была направлена к психологу, но со слов без эффекта. Состояние нормализовалось без обращения в психиатрическую службу. Окончила колледж, устроилась на работу. В течение 2-3 лет состояние оставалось стабильным, сохранялись лишь навязчивые действия и мысли. Устроилась на работу в магазин. При этом на фоне сохраняющихся навязчивых влечений о совершении мелких краж в магазине появились другие навязчивые мысли и действия: не могла приступить к приему пищи, не вымыв руки несколько раз, чувствовала их грязными, сидя на стуле, пыталась «хрустнуть позвоночником в определенном порядке», не могла уснуть, если «не сходит помочиться», надавливала себе на живот, если в туалет не хотелось. Второй эпизод аффективных колебаний развился спустя 5 лет после первого. Вновь состояние началось со смешанного: с быстроменяющимся фоном настроения от гипоманиакального до депрессивного. С декабря 2016 г настроение постепенно стало снижаться, появилось чувство тоски и печали, нарушился сон, не могла долго уснуть по ночам, на работе перестала справляться с обязанностями, из-за снижения концентрации и активности, не могла общаться с друзьями, «чувствовала себя ущербной и глупой из-за этого», «мыслей в голове не было», «нечего было им рассказать», утратился аппетит, появились симптомы деперсонализации и дереализации. Понимала свое состояние и пыталась себе помочь, сидя на сайтах в интернете, сама покупала себе антидепрессанты. Так в начале февраля с целью улучшить состояние выпила 10 таблеток флувоксетина в день, затем с целью «прекратить мучения» выпила 28 таблеток. За помощью в больницу не обращалась. В марте посетила врача ПНД, высказывала суицидные мысли, была направлена в ГПБ №3.

На отделении была многоречива, фон настроения был неустойчив, в течение дня колебался от повышенного с активностью и стремлением общаться с окружающими, до подавленности с апатией и чувством собственной бессмысленности. Получала лечение хлорпротиксеном 60 мг в сутки. Навязчивые явления значительно снизили свою актуальность, перестала мыть руки, засыпает по ночам спокойно. Последнее время состояние ближе к гипоманиакальному. На беседу пришла охотно. Рассказывала о своих переживаниях подробно, жестикулировала, временами смеялась. Речь и мышление ускорены по темпу. Свое состояние описывает в данный момент как: «очень хорошее, я чувствую прилив сил, столько дел впереди, выйду и начну трудиться». Настроение ближе к повышенному. Мимика живая, адекватная ситуации и диалогу. Без бредовых идей и обманов восприятия.

Анализируя данный случай с точки зрения сетевой теории, мы видим, что данная сеть включает симптомы обсессивно-компульсивного расстройства и биполярного аффективного расстройства. С точки зрения сетевой теории основная проблема исследования сопутствующих заболеваний заключается в психометрической основе, на которую оно опирается, то есть на латентную вариационную теорию, в которой психическое расстройство рассматривается как латентная переменная, вызывающая констелляцию симптомов. С этой точки зрения коморбидность представляет собой бинаправленную связь между несколькими скрытыми переменными. Сетевой подход предполагает, что сопутствующая патология возникает из-за прямых отношений между симптомами множественных расстройств. Этот подход порождает реалистичные гипотезы о путях коморбидности, перекрывающихся симптомах и диагностических границах, которые естественным образом не учитываются в латентной переменной модели. Некоторые пути коморбидности через пространство симптомов более вероятны, чем другие; эти пути обычно имеют одно и то же направление (то есть от симптомов одного заболевания до симптомов другого); совпадающие симптомы играют важную роль в сопутствующей патологии; и границы между диагностическими категориями обязательно нечеткие [4].

Непонимание сетевой природы психопатологии создает порой непреодолимые терапевтические барьеры, куда входит приверженность психозу, как единой структуре, неправильное тестирование доменных симптомов, недоучет процессов развития нервной системы, независимость нейropsychологических доменов друг от друга [8]. Сетевой подход предполагает: а) вмешательства, направленные на симптомы и непосредственно меняющие состояние одного или нескольких симптомов, б) вмешательства во внешнем поле, устраняющие один или несколько триггеров и в) вмешательства на уровне сети, изменяющие сетевую структуру путем модификации связей между симптомами [3].

Таким образом, сетевые подходы естественно объясняют ограниченный успех традиционных стратегий исследований, которые, как правило, основаны на идее, что симптомы являются проявлениями какого-то общего основного фактора, предлагая перспективные методологические альтернативы. Кроме того, эти методы могут предлагать возможности для руководства и оценки терапевтических вмешательств.

Литература

1. Вершинин М.И., Вершинина Л.П. Применение нечеткой логики в гуманитарных исследованиях // Библиосфера. 2007. № 4, с. 43-47
2. Нуллер Ю. Л. О парадигме в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 1991. № 4. С. 5–13
3. Borsboom D. Сетевая теория психических расстройств. World Psychiatry. (на русском). 2017. т. 16, № 1. С.5-13
4. Cramer AOJ, Waldorp LJ, van der Maas HLJ et al Comorbidity: a network perspective. Behav Brain Sci 2010;33:137-93.
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition DSM-5TM. Washington, DC London: APA. 2013. 947 p.
6. Fried E.I., van Borkulo C.D., Cramer A.O. et.al. Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2017. Vol. 52. №1. P.1-10.
7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617–627
8. S6iz P.A., Garcna-Portilla M.P., Arango C. et.al. Genetic polymorphisms in the dopamine-2 receptor (DRD2), dopamine-3 receptor (DRD3), and dopamine transporter (SLC6A3) genes in schizophrenia: Data from an association study. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2010. Vol.34. №1. p.26-31.
9. Zadeh, L. A. Fuzzy sets // Information and Control. 1965. Vol. 8. P. 338-345.

Снедков Е.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИМПУЛЬСИВНОЙ АГРЕССИИ*Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца,
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

«Волевое действие – это сознательное, целенаправленное действие, посредством которого человек осуществляет поставленную перед ним цель, подчиняя свои импульсы сознательному контролю и изменяя окружающую действительность в соответствии со своим замыслом» (Рубинштейн С.Л., 1946). Импульсивность означает дефект всех перечисленных в этом ёмком определении звеньев волевого акта. Это психологически невыводимое, подсознательное явление. Мощный, диффузный, непреднамеренный, «трёхмерный» аффективный импульс напряжения, страха, злобы вторгается в сознание внезапно; влечение к действию, направленному на нейтрализацию фактической или воображаемой, но несоразмерно воспринятой угрозы, тут же полностью овладевает сознанием и немедленно, по типу «короткого замыкания», автоматически реализуется. Выпадением этапа волевой задержки между импульсом и действием импульсивность принципиально отличается от родственной ей компульсивности. Отсутствует этап интеллектуальной переработки аффективно окрашенных представлений, оценки ситуации, прогнозирования последствий, борьбы мотивов. Свойственная компульсиям обсессивная, эго-дистоническая структура переживания попросту не успевает возникнуть. В то же время, импульсивность и компульсивность неразличимы в аспектах прорыва в сознание витальной (подкорковой) аффективности, иррациональности и непреодолимости возникшего влечения, редукции внутреннего напряжения после воплощения побуждения в действие. Оба этих состояния могут развиваться под влиянием провоцирующего / ассоциативного внешнего стимула либо наплыва образных представлений. При прогрессировании мозговой патологии они могут трансформироваться, соответственно, в моторные или в идеомоторные стереотипии. В случаях, когда модальность аффекта контрастирует с характером импульсивного или компульсивного действия, говорят о паратимии. Степень критического осмысления действия и его последствий зависит от личностной сохранности пациента.

Импульсивная (аффективная) агрессия принципиально отличается от инструментальной агрессии – преднамеренной, спланированной, управляемой (табл. 1) [12, 108]. Инструментальная агрессия не может расцениваться в качестве болезненного симптома. Многочисленные исследования лиц, использующих инструментальную агрессию, никаких нейробиологических аномалий не выявили. Инструментальная агрессия эго-синтонна, обусловлена личностными установками, является результатом интеллектуальной переработки, используется для достижения определённых целей, рационализируется теми или иными мотивами: материальными, моральными, религиозными, националистическими, геополитическими и др. Она может быть корыстной, авантюрной и социально санкционированной одновременно. Инструментальная агрессия, используемая лицом с психиатрическим диагнозом, вовсе не свидетельствует об её болезненной обусловленности; скорее, наоборот. Исключением является инструментальная агрессия, представляющая собою продукт интеллектуального бреда – например, паранойяльного. Намного чаще сталкиваясь с безмотивной импульсивной агрессией, некоторые психиатры стремятся её психологизировать. «Судя по поведению больного», они приписывают ему влияние галлюцинаторно-бредовых переживаний, упорно спрашивают про наличие «голосов», и т.п. Такие врачи глубоко заблуждаются [58]. Аффективные импульсы проистекают с периферии личности, из сферы бессознательного. Состояния, механизм возникновения которых связан с произвольной деятельностью психомоторики вследствие временного выключения корковой регуляции, G.G. de Clerambault (1927) называл психическими автоматизмами. Интеллектуально сохранные больные в последующем сожалеют об импульсивной вспышке. В той или иной степени она отчуждается ими от собственных желаний и потребностей – вплоть до переживаний насильственности и трансперсонации.

Таблица 1.

Различия импульсивной и инструментальной агрессии

Импульсивная агрессия	Инструментальная агрессия
Пароксизм гнева на фоне аффективно суженного сознания с резким ослаблением или полной утратой волевого контроля	Осознанное средство (инструмент) достижения цели (обогащения, отмщения, удовлетворения амбиций, и т.п.)
Выраженный вегетативный аккомпанемент	Отсутствие резких вегетативных изменений
Нестабильность аффектов или же их стойкое притупление в межприступные периоды	Отсутствие предрасположения к тревоге и депрессии; нередко стеничность
Гипоактивность вентромедиальной и орбитальной лобной коры, утрата корковой ингибиции импульсов и влечений	Сохранность исполнительных лобных функций, эффективная ингибиция подкорковых лимбических структур
Гиперреактивность миндалины, стриатная дисфункция	Гипореактивность миндалины, оптимальное функционирование стриатума
Доказанные нейробиологические изменения и средства эффективной фармакотерапии	Нет специфической патофизиологии - нет мишеней для патогенетической терапии

В эпоху становления психиатрии как клинической дисциплины феномену импульсивности придавалось исключительно важное значение. Ещё на рубеже XVIII-XIX веков Ph. Pinel выделял особую группу небредовых психозов ("manie sans délire"), приступы которых определяются произвольными, непреодолимыми, подчас опасными импульсивными действиями больного, отщеплёнными от содержания сознания и противоречащими его личностным установкам. Близкое содержание вкладывал в свои «инстинктивные монomanии» ученик Пинеля J.-É.D. Esquirol. В классификации выдающегося отечественного психиатра, старшего ординатора нашей больницы В.Х. Кандинского (1882) отдельной формой психических болезней числилась «импульсивная идеофрения». В 1889 г. Международный конгресс по психиатрическим наукам включил «импульсивное помешательство» в первую международную классификацию психических болезней. Однако в начале XX века импульсивность растворилась в широких психопатологических конструкциях, надолго исчезнув вслед за тем из сферы селективного научного интереса. В отечественной психиатрии изучение импульсивной агрессии ограничивалось узкими категориями физиологического и патологического аффектов, да и то лишь с позиции судебных экспертных оценок. Внимание к проблеме стало возобновляться с 80-х годов XX века, благодаря включению американской психиатрической ассоциацией в Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM), начиная с третьей его версии, специального раздела «Расстройства контроля импульсов». В данный раздел входят интермиттирующее эксплозивное расстройство (ИЭР), клептомания, пиромания, трихотилломания и патологический гемблинг в случаях, когда та или иная форма импульсивного поведения представляет собою изолированный синдром и не может объясняться наличием иного (системного) психического расстройства. Тем не менее, зарубежные исследователи широко практикуют использование рубрик данного раздела в качестве диагнозов, «коморбидных основному расстройству». В Международной классификации болезней раздел «Расстройства контроля импульсов» пока отсутствует, но он уже спроектирован в её новой, 11-ой версии. Таксономический ренессанс расстройств контроля импульсов стимулировал интенсивное изучение их клиники, патофизиологии и терапии на современном уровне. Сегодня импульсивность рассматривается как актуальная транснозологическая проблема, конечно же, не ограниченная диагностическими рамками моносиндромов, вошедших в действующие классификации. Среди клинических вариантов неконтролируемой импульсивности наиболее частой и для больничной психиатрии наиболее значимой является импульсивная агрессия.

Лица с импульсивной агрессией, проявляющейся, как минимум, дважды в неделю за трёхмесячный период эпизодами вербальной либо нетяжёлой физической агрессии или, как минимум, трижды в год инцидентами серьёзных физических нападений (с причинением травм либо разрушений имущества) (критерии ИЭР в DSM-IV и DSM-5), составляют 4-7 % общей популяции [87], 6,3 % амбулаторных психиатрических пациентов [37], 18 % обращений к психиатрам детей и подростков, 60 % их госпитализаций в психиатрические клиники [114]. Среди всех госпитализированных по неотложным показаниям импульсивную агрессию чаще всего проявляют больные с маниакальными

приступами, с острым чувственным бредом, с периодической кататонией и другими острыми полиморфными (циклоидными) психозами. 7 % пациентов, длительно находящихся в психиатрических стационарах, за трёхмесячный отрезок времени совершают не менее одного физического нападения на окружающих. В основном, это больные с непараноидной шизофренией, с органическими психозами, с деменцией или с умственной отсталостью [31]. Именно с баллом выраженности импульсивности у психически больных коррелирует риск совершения самоубийства – тогда как ни тяжесть психоза, ни тяжесть депрессии прогнозировать его не позволяют [42, 99, 100, 144].

Изучение 1300 амбулаторных пациентов, соответствующих диагностическим критериям ИЭР, показало, что 75,6 % из них одновременно соответствовали критериям аффективного расстройства, 78 % – тревожного расстройства, 59,8 % – расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) [37]. Некоторые специалисты расценивают ИЭР в качестве «фактора риска» перечисленных расстройств, ибо очень часто эксплозивные вспышки задолго предшествуют их возникновению и продолжают персистировать в последующем, причём не только в периоды обострений [37, 42, 87, 109, 144]. Установлено, что в сравнении с общей популяцией у пациентов с ИЭР депрессивные и тревожные расстройства развиваются в 4, а расстройства, связанные с употреблением ПАВ – в 3 раза чаще [33]. По-видимому, всё же корректнее вести здесь речь не о «коморбидности», а о свойственной всем этим больным в преморбиде, а затем и в длиннике заболевания аутохтонной и реактивной лабильности. Высказываются предложения рассматривать ИЭР и биполярное аффективное расстройство (БАР) в континууме «расстройств аффективной дисрегуляции» [93, 105, 107, 143]. Учитывая известные сложности дифференциальной диагностики ИЭР и БАР у детей и подростков, такой подход может быть особенно оправдан в детской психиатрической практике [51].

Импульсивность является важным предиктором формирования зависимости от ПАВ [41, 118], а в дальнейшем определяет тяжесть злоупотребления [109], вероятность перехода к полисубстантной аддикции [106] и быстрого рецидивирования [54, 110]. Мало того, при некоторых формах аддикций развивается своеобразный «порочный круг». Алкоголь и психостимуляторы выделяются среди прочих ПАВ своей способностью значительно усиливать склонность некоторых аддиктов к вспышкам импульсивной агрессии, причём не только в состоянии опьянения и на фоне синдрома отмены, но даже в периоды длительного воздержания [6, 46, 74, 84]. Естественно, данная закономерность проявляется и в популяции психически больных. Так, коморбидная зависимость резко увеличивает вероятность опасного поведения среди больных шизофренией: в 12,6 раз у мужчин и в 9,1 раз у женщин [31].

Патофизиологические механизмы формирования зависимости от ПАВ и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у ветеранов войн имеют много общих элементов. Многократно повторяющаяся в результате ожидаемого воздействия однородного мощного стрессора сверхстимуляция миндалины и гиппокампа обуславливает автоматическую реактивацию протопатических витальных аффектов в ответ на ассоциированные с этим стрессором стимулы. С дисфункцией лимбических структур связаны другие характерные как для зависимостей, так и для ПТСР симптомы: фрагментарные воспоминания (палимпсесты), интрузивные эхомнезии (flashbacks), повышенная вегетативная возбудимость. В обоих случаях параллельно нарастанию мозгового дефицита стресс-лимитирующих соединений (серотонина, γ -аминомасляной кислоты (ГАМК), β -эндорфина, эндоканнабиноидов) формируется аномально высокий уровень «гормонов стресса» (кортизола, норадреналина, глутамата, динорфина). Этот нейрохимический дисбаланс запускает каскад нейротоксических процессов, обуславливающих уменьшение объёма вещества вентромедиальной/орбитальной префронтальной коры и гиппокампа, а также снижение тонического уровня лобно-стриатного дофамина [56, 66]. В результате и при зависимостях от ПАВ, и при ПТСР развивается картина хронического лобного гипометаболизма, влекущего высвобождение лимбических и стриатных областей из-под корковой ингибиции, ослабление когнитивного контроля и социальных мотиваций, ангедонию, стереотипизацию реакций на специфические стимулы. С перечисленным связана склонность ветеранов с ПТСР к злоупотреблению седативными ПАВ, включая этанол. В стадии опьянения ПАВ устраняют дофаминовый дефицит и ограничивают глутаматную эксайтотоксичность. Временное смягчение с помощью алкоголя целого ряда симптомов ПТСР: кошмарных сновидений,

настороженности, раздражительности, повышенной возбудимости, бессонницы, чувства отчуждения способствует его использованию пострадавшими в качестве «самолечения» [18]. ПТСР и зависимость вступают в циклические взаимоотношения и взаимно отягощают симптоматику, приводя в т.ч. к более частым проявлениям импульсивной агрессии [4, 56, 156, 160].

В целом, похожие нейробиологические изменения нередко происходят в отдалённом периоде тяжёлых черепно-мозговых травм (ЧМТ) [5]. Почти у трети пострадавших возникают интермиттирующие вспышки импульсивной агрессии, в ряде случаев связываемой с эпилептогенезом [159].

Среди больных эпилепсией агрессивное поведение вовсе не является настолько фатальным, как приписывалось этому заболеванию в эпоху расцвета теории дегенерации [85, 116]. Реально регистрируемых случаев относительно немного. В основном, импульсивная агрессия наблюдается во время постиктальных психозов, протекающих по типу сумеречного помрачения сознания или аффективно-бредового приступа. Как пароксизмальный феномен в структуре сложных парциальных припадков, агрессия проявляется нечасто, и исключительно редко на фоне интериктальных дисфорий. При обследовании обнаруживается локализация эпилептогенного очага либо в лимбических, либо в лобных областях. Риск агрессии увеличен у пациентов мужского пола с низким интеллектом, у злоупотребляющих алкоголем [65, 85, 91, 101, 142].

Классическим примером заболеваний, связанных с дисфункцией лобно-стриатной системы, является кататония. Импульсивную агрессию (вербальную, физическую, сексуальную) проявляют не менее трети стационарных больных деменциями и около 20 % больных с умственной отсталостью или с аутизмом [31, 125]. Описывается формирование импульсивной агрессии при энцефалитах, объёмных образованиях и других органических поражениях, затрагивающих передние медиобазальные отделы мозга. Всех таких пациентов объединяют изменения личности лобного типа со снижением мотиваций, обеднением психомоторики, уплощённым аффектом, ангедонией, низким вербальным интеллектом, нарушениями понятийного мышления, неспособностью к планированию, нескритичностью, ригидностью, персеверациями и поведенческими стереотипиями.

Несмотря на плодотворные разработки, международные руководящие принципы лечения импульсивной агрессии пока что не приняты [58]. В настоящей статье представлены обобщённые результаты доказательных исследований, мета-анализов и Кокрейновских обзоров, посвящённых изучению эффективности применяемых с этой целью фармакологических средств.

Ряд авторов в качестве основы для дифференцирования тактики терапии импульсивной агрессии используют её деление на два подтипа, указанных в диагностических критериях ИЭР DSM-5: «импульсивная агрессия с высокой частотой и низкой интенсивностью» и «импульсивная агрессия с низкой частотой, но с высокой интенсивностью» (под «интенсивностью» подразумевают тяжесть наступивших последствий). В качестве ориентировочного критерия такое различие довольно информативно, но оно грешит механистичностью и не всегда приемлемо в практике. Более продуктивным и полезным представляется клинко-патогенетический подход.

Реализация сознательного целенаправленного действия в ответ на внешний или внутренний стимул (волевого акта) обеспечивается интегративной деятельностью специализированной нейронной сети. Обработанная информация из ассоциативных корковых областей в виде сформированных полимодальных образов поступает в миндалину, переднюю поясную и вентромедиальную префронтальную кору (ВМПФК), где оцениваются её значимость и потенциальная угроза. Миндалина – субстрат витальных (безотчётных, голотимных, протопатических, ноцицептивных) аффектов. Аффективные импульсы из лимбической системы передаются в дорсолатеральную префронтальную кору (ДЛПФК), где происходит синтетическое осмысление ситуации, абстрагирование, целеполагание, планирование сложных форм поведения, распределение внимания и самонаблюдение. Подкорковым регуляторно-координационным центром моторного ответа является стриатум. Он активизирует деятельность «привратника мозга» – таламуса, защищающего кору от нерелевантной информационной перегрузки и участвует в формировании условных рефлексов. В случае подавления функциональной активности стриатума растормаживаются безусловные рефлексы – в т.ч., оборонительный. Мостиком между лимбической системой и ДЛПФК служит орбитальная префронтальная кора (ОПФК). Она обеспечивает эмоциональный аспект когнитивных и исполнительных

функций в формировании мотивации действий, в выработке решений и в подавлении неуместных подкорковых импульсов. Основная функция ОПФК – контекстно-зависимая интерпретация эмоционально значимых ситуаций, прогнозирование их развития, установление связи лимбических импульсов с ожиданиями, гибкий поиск оптимального варианта поведения в соответствии с социально приемлемыми стратегиями и его мониторинг.

Импульсивное поведение может быть результатом преобладания: а) гипоактивности лобной коры («гипофронтальности»), обуславливающей утрату тормозящего контроля над функционированием подкорковых структур; б) гиперактивности миндалин, обуславливающей высвобождение витальных аффектов; в) расторможения стриатных двигательных автоматизмов; г) нарушения функциональной связи между ассоциативными зонами, лобной корой и лимбической системой в трактах белого вещества, соединяющих данные области. Задержка развития, врождённая мальформация или поражение патологическим процессом хотя бы одной из перечисленных систем влечёт за собой аномальное функционирование всей нейронной сети [7, 36, 50, 88, 135, 138, 146]. Однако от основной локализации зависят и особенности клинической картины, и клинические эффекты фармакологических средств с разными профилями нейрорхимического действия.

Подтип ИЭР с высокой частотой (не реже двух раз в неделю), но с низкой интенсивностью (тяжестью) импульсивных вспышек фактически ничем не отличается от порядком себя дискредитировавшей диагностической категории DSM «пограничное (в МКБ-10 – «эмоционально неустойчивое») расстройство личности» [3] и во многих современных публикациях напрямую с нею отождествляется. Свойственная маленьким детям импульсивность сохраняется у таких людей в период взросления. Так же, как детям, им присущи экспрессивность эмоций, крайняя изменчивость настроения и самооценки, эгоцентризм, максимализм, страх быть покинутым, стремление манипулировать окружающими, неутолимый поиск новых ощущений, склонность к необдуманным поступкам и к острым аффективным реакциям по ничтожному поводу – в то время как прочие признаки психофизического инфантилизма могут отсутствовать. Подобные случаи представляют собой один из дисгармоничных вариантов задержки психического развития с асинхронным и запоздалым созреванием лобных структур. При обследовании молодых людей с данным подтипом ИЭР обнаружена низкая фракционная анизотропия в верхнем продольном пучке, обеспечивающем связь ОПФК с височно-теменными областями ассоциативной коры, которые играют важную роль в смысловой переработке сенсорной и речевой информации, организации наглядных синтезов, в образовании навыков и обучении [92]. Ослабление лобной ингибиции подкорковых импульсов, по-видимому, является вторичным. Преимущественно вербальная агрессия с бурными «истериками», иногда с порчей имущества или самоповреждениями представляет собой гневное отреагирование на средовые стимулы. С возрастом, по мере физиологического сокращения числа синапсов и миелинизации волокон белого вещества, импульсивность обычно редуцируется [137, 141, 147]. Любопытно, что сосудистые поражения белого вещества головного мозга часто сопровождаются феноменологически близкими данному подтипу ИЭР явлениями т.н. «недержания аффектов». При БАР снижение фракционной анизотропии выявляется в крючковидном пучке, соединяющем ВМПФК и миндалину. Степень структурно-функционального разъединения между этими областями коррелирует с агрессивностью и суицидальностью [17, 99, 150].

Модулирующее влияние на тормозящие функции префронтальной коры оказывает серотонинергическая система. Многочисленными исследованиями установлено, что импульсивная гетеро- и аутоагрессия отчётливо коррелирует с дефицитом серотонина [8, 12, 33, 62, 70, 90, 95, 151]. Среди всех селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) доказанной эффективностью в плане профилактики вспышек импульсивной агрессии у пациентов с «высокочастотным / низкоинтенсивным» подтипом ИЭР обладает флуоксетин в дозах от 20 до 60 мг/сут. Увы, его терапевтический эффект развивается только на четвёртом месяце непрерывного приёма [34, 113].

СИОЗС могут использоваться в качестве дополнительного средства для коррекции импульсивной агрессии и в «большой» психиатрии. Так, продемонстрирована эффективность комбинации рисперидона с циталопрамом при лечении агрессивных больных, страдающих непрерывно текущей шизофренией [148]. Добавление к терапии донепезилом сертралина в дозах 50-200 мг/сут способствует редукции поведенческих нарушений у пациентов с болезнью Альцгеймера [60].

Дополнительными предикторами эффективности СИОЗС могут служить другие клинические проявления серотонинового дефицита: хроническая тревога, фобии, obsессии, панические атаки, расстройства пищевого поведения. Снижая возбудимость миндалин и активизируя лобную кору, эти препараты ослабляют интенсивность аффектов, улучшают когнитивную обработку и когнитивный контроль. Однако непосредственного воздействия на функционирование стриатума они не оказывают и поэтому не влияют на ингибцию моторных реакций [25, 60]. Следует избегать назначения СИОЗС пациентам, страдающим БАР (риск развития мании и даже формирования «быстрых циклов»). У больных с последствиями ЧМТ, эпилепсией и у умственно отсталых СИОЗС способны усилить раздражительность [127].

Хорошо известно, что дофаминовые антагонисты (нейролептики) успешно подавляют фоновую двигательную активность. Гораздо менее психиатры осведомлены о том, что эти препараты способны индуцировать вспышки импульсивного поведения, в т.ч. тяжёлую импульсивную агрессию.

Дело в том, что в ответ на релевантные эмоционально значимые стимулы – как на приятные, так и на стрессовые, подкорковая дофаминергическая система функционирует в виде кратковременных фазных выбросов дофамина (ДА). Мощность фазных дофаминовых всплесков обратно пропорциональна уровню тонического (фоновому) дофаминового высвобождения, регулируемого префронтальными кортикальными афферентами. Нормальная тоническая активность ДА уравновешена в коре и в подкорке. Она обеспечивает стабильную позитивную аффективность, мотивационный «драйв», хорошую переключаемость внимания. Люди с такими характеристиками никогда не бывают импульсивными. Низкая фоновая активность ДА – составной компонент лобного гипометаболизма («гипофронтальности»), причина притупления высших эмоций, ангедонии, стереотипизации и обеднения мышления, сужения репертуара мотивационных потребностей, расторможенности, враждебности, негативизма. Другой вариант клинических проявлений лобно-стриатной дофаминовой дисфункции – синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Аномально высокие фазные выбросы ДА в мезолимбических областях являются результатом гомеостатической компенсации его низкого фонового высвобождения в виде сенситизации (снижения порога разряда) дофаминовых рецепторов [16, 72, 130, 158]. Такое аномальное функционирование дофаминергической системы может быть вызвано различными патологическими процессами – независимо от их нозологической квалификации. Оно может усугубляться более или менее продолжительным приёмом нейролептиков, которые сами по себе угнетают лобный метаболизм, снижают уровень тонического ДА и вызывают сенситизацию мезолимбических дофаминовых рецепторов. К тому же, приём нейролептиков сопровождается существенной редукцией числа бензодиазипиновых рецепторов в ОПФК и уменьшением чувствительности к тормозящей ГАМК-нейропередаче [20]. В частности, доказано увеличение частоты агрессивного поведения разных категорий пациентов на фоне длительной терапии галоперидолом [30], трифлуоперазином [43,], тиоридазином [31, 55], тиотиксеном [68]. По контрасту, ингибитор обратного захвата ДА метилфенидат существенно уменьшает частоту импульсивной агрессии при СДВГ [15, 23, 25, 38, 63, 71, 135, 136], в т.ч. у взрослых [9]; глутаматный антагонист и одновременно стимулятор синтеза ДА мемантин остаётся на сегодняшний день едва ли не единственным эффективным средством её редукции при болезни Альцгеймера [47, 64, 89, 131, 155].

Эндогенный низкий уровень тонического ДА в стриатуме может быть связан с полиморфизмом расположенного на 22-й хромосоме гена, кодирующего катехоламин-О-трансферазу – фермент, метаболизирующий ДА. Его валиновая изоформа в 4 раза активнее метиониновой и коррелирует как с целым рядом психических заболеваний [16, 26, 44, 57, 69], включая зависимости от алкоголя и от психостимуляторов [76, 96], так и с агрессивным поведением [122]. При употреблении ПАВ происходит быстрое увеличение мезолимбического и префронтального ДА. Если фоновый уровень ДА изначально низок, эффект опьянения воспринимается особенно приятным, ибо человек впервые воспринимает себя и окружающий мир по-настоящему полно. Это обуславливает механизм позитивного подкрепления и подталкивает к дальнейшим приёмам ПАВ, превращаясь вскоре в злокачественную, импульсивную форму зависимости. В результате часто повторяющихся фазных выбросов тоническое высвобождение ДА компенсаторно притупляется; в стриатуме

снижается число дофаминовых рецепторов. Фоновый уровень ДА становится ещё более низким. Соответственно, усугубляется «гипофронтальность», а подкорка, вместе с её аффективными импульсами, влечениями, инстинктами начинает выходить из-под коркового контроля. Нарастают изменения личности с картиной лобного дефицита. Дальнейшее употребление ПАВ движимо негативным подкреплением – стремлением избавиться от сохраняющегося даже при длительном воздержании мучительного душевного дискомфорта. Образуются генерализованные аффективные ассоциации между сенсорными стимулами и потребностями. Повторяющаяся стимуляция на фоне ослабленной дофаминовой нейротрансмиссии понижает порог разряда мезолимбических дофаминовых нейронов. Происходит стойкое изменение функционального состояния лимбических зон с формированием в них «генератора патологического возбуждения» – «киндлинга», наподобие описываемому в патофизиологии эпилепсии и биполярного расстройства [13, 46, 50, 52, 74, 77, 102, 153, 158]. Этим объясняется высокая частота импульсивной агрессии среди злоупотребляющих алкоголем и/или психостимуляторами. Нет никаких доказательств, подтверждающих пользу антипсихотических препаратов в снижении влечения к этим ПАВ [75]. Это подтверждают результаты недавнего Кокрейновского обзора [81]. Длительный приём типичных нейролептиков (ТН) психически больными индуцирует описанные выше функциональные и нейропластические изменения в дофаминергической системе и усиливает влечение к ПАВ; отмена нейролептиков сопровождается значительным ослаблением тяги [21, 130]. Назначение атипичного антипсихотика (АА) из группы мультирецепторных блокаторов (кветиапина, оланзапина, клозапина) в случае развившегося после отмены ТН обострения психотической симптоматики обычно позволяет избежать рецидива коморбидной зависимости – по крайней мере, в прежней драматической форме [21, 162], способствуя в конечном итоге снижению риска импульсивного поведения.

Итак, больным, проявляющим импульсивную агрессию, ТН можно назначать только на непродолжительное время или короткими прерывистыми курсами. Утверждения о том, что перициазин (неулептил) является «корректором поведения» – ничем не обоснованный миф. В отношении импульсивной агрессии любые нейролептики действуют наподобие «смирительной рубашки». Чем туже и чем дольше она ограничивает движение мысли и тела, тем вероятнее прорывы неконтролируемого буйства. Этот эффект нейролептиков вполне сопоставим с эффектом цепей, в которые были закованы душевнобольные Сальпетриера и Бисетра в допинелевскую эпоху. У пациентов с болезнью Альцгеймера антипсихотики не только индуцируют агитацию и спутанность, но и заметно ускоряют прогрессирование слабоумия [14]. Любые антипсихотики сокращают продолжительность жизни, особенно у пожилых пациентов – в основном за счёт инфарктов, инсультов и нарушений внутрисердечной проводимости, а также вследствие развития инфекций. Риск преждевременной смерти коррелирует с уровнем дозирования и с продолжительностью приёма антипсихотиков [10, 83, 104, 111, 154]. Врач, бессмысленно нагружающий импульсивного пациента нейролептиками, причиняет ему вред и ставит под угрозу безопасность окружающих.

Чем у молекулы АА ниже коэффициент связывания дофаминовых рецепторов 2-го типа (D_2) и чем выше её сродство к серотониновым 5-HT_{2A} и адренергическим рецепторам, тем препарат более пригоден для лечения агрессивных психотических пациентов [22, 39, 86, 90, 123, 157]. Клозапин превосходит все известные антипсихотики по антиагрессивным свойствам, что связывают с его выраженным влиянием на серотониновую систему, с преобладанием связывания D_4 и D_3 над связыванием D_2 , сродством к адренергическим, ГАМК и нейропептидным рецепторам, а также с глутаматным антагонизмом. Примечательно, что антиагрессивный эффект клозапина проявляется независимо ни от степени редукции бреда и галлюцинаций, ни от глубины седации [22, 39, 123, 126, 152]. Другой мультирецепторный блокатор, кветиапин среди всех антипсихотиков выделяется самым низким сродством к D_2 рецепторам и очень быстрым их высвобождением, что при разумном режиме дозирования позволяет избежать угнетения лобных функций и избыточной седации. Интенсивное взаимодействие с адренергическими и серотониновыми рецепторами обеспечивает выраженные анксиолитические свойства. Антиагрессивный эффект кветиапина объясняется перечисленными особенностями его нейрхимического профиля [39]. При использовании мультирецепторных блокаторов приходится соблюдать предосторожности, связанные с высоким риском

возникновения метаболических осложнений и холинолитического побочного действия. С учётом способности клозапина индуцировать развитие лейкопении, вплоть до агранулоцитоза, его применение ограничено случаями доказанной фармакорезистентности. Кветиапин – единственный мультирецепторный АА, разрешённый к применению у дементных пациентов с психозами, но в дозах не более 300 мг/сут и при условии отсутствия паркинсонизма, а также признаков нарушений углеводного и липидного обмена. В силу перечисленных рисков предпочтительным для лечения агрессивных психотических пациентов считается рисперидон, у которого аффинитет к 5-НТ_{2А} серотониновым рецепторам в 20 раз выше, чем к D₂ рецепторам. Палиперидон, модифицированная молекула рисперидона, сохраняет нейрохимические свойства предшественника. Антиагрессивная эффективность рисперидона доказана рандомизированными двойными-слепыми исследованиями [48, 80, 97]. Разумной стратегией длительной поддерживающей терапии склонных к импульсивным агрессивным действиям больных шизофренией может быть использование пролонгированных форм рисперидона (рисполепта-консты) и палиперидона (ксеплиона, тревикты). Рисперидон в дозах не свыше 1,5 мг/сут может назначаться больным с психозами и агрессивным поведением на фоне деменций [19, 115, 124]. Следует, однако, иметь в виду, что в сравнении с другими АА, применение рисперидона и палиперидона чаще сопряжено с вероятностью развития экстрапирамидных побочных эффектов, а также с крайне нежелательными в пожилом возрасте гиперпролактинемией, остеопорозом, высоким риском кардиоваскулярных осложнений.

И ТН, и АА категорически не рекомендованы к использованию в целях достижения антиагрессивного эффекта при лечении больных без психотической симптоматики – например, с умственной отсталостью. При лечении антипсихотиками агрессивных психотических пациентов следует придерживаться золотого правила соблюдения максимально низких доз, позволяющих избежать дополнительного угнетения лобных функций и сопутствующего назначения усиливающих лобный дефицит антихолинергических корректоров. Целесообразнее добиться потенцирования антипсихотического эффекта и одновременного уменьшения импульсивности путём комбинации антипсихотического препарата с нормотимиком. Как уже говорилось, для достижения антиагрессивного эффекта мультирецепторное вовлечение гораздо важнее блокады D₂ рецепторов. Комбинация с нормотимиком позволяет охватить ещё больший спектр мембранных рецепторов, ионных каналов и внутриклеточных элементов [38, 39]. В резистентных случаях шизофрении, протекающей с эпизодами импульсивной агрессии, комбинация клозапина с вальпроатом оказалась самой эффективной [67], однако она чревата более значительной прибавкой веса. Близкий, хотя и несколько менее эффективный результат даёт комбинированная терапия оланзапином и вальпроатом. Доза вальпроата должна составлять 20-30 мг/кг/сут [29, 94]. Вполне оправдана тактика совместного применения оланзапина или рисперидона / палиперидона с карбамазепином / окскарбазепином, но искомый эффект также обеспечивается лишь при использовании достаточных доз антиконвульсанта (1200-2400 мг/сут) [39, 79, 112]. Наличие у больного пароксизмальной и/или медленно-волновой активности на ЭЭГ следует расценивать в качестве маркера неблагоприятного течения заболевания и дополнительного показания к назначению нормотимика-антиконвульсанта [2, 112].

Подобно бензодиазепинам, невысокие дозы антиконвульсантов способны оказывать на людей с функциональной недостаточностью лобной коры парадоксальный растормаживающий, а нередко и проагрессивный эффект [20]. Возможным объяснением может быть снижение у таких пациентов чувствительности ГАМК_A-рецепторов, нарушения серотониновой нейротрансмиссии и вследствие этого дополнительное ослабление тормозящего влияния коры на лимбические структуры [117, 129]. Из-за возможной «поведенческой токсичности» бензодиазепины вообще не рекомендуются для курсового лечения больных с эксплозивными вспышками. Однако парентеральное введение высоких доз бензодиазепина – превосходный метод купирования острого импульсивного возбуждения. Бензодиазепины являются препаратами первой линии при купировании острых полиморфных психозов онейроидно-кататонической структуры, тогда как использование с этой целью антипсихотиков в связи с высоким риском малигнизации приступа и летального исхода в зарубежных руководствах сегодня не приветствуется. Дело в нейрехимии кататонии: это резкий дефицит ГАМК и дофамина одновременно с избытком глутамата.

В отличие от СИОЗС, улучшающих функции лобного контроля, антиконвульсанты уменьшают лимбическую возбудимость и подавляют серийные разряды нейронов [135]. В отличие от бензодиазепинов, они усиливают ГАМКергическую тормозящую нейротрансмиссию не прямым воздействием на ГАМК_A-рецепторы, а опосредованно, за счёт блокады ионных каналов, стабилизации мембранных потенциалов, усиления синтеза и высвобождения ГАМК, а также уменьшения глутаматергических возбуждающих влияний. Последний аспект при лечении импульсивной агрессии также очень важен, т.к. её интенсивность положительно коррелирует с уровнем глутамата в ликворе [35]. Антиконвульсанты различаются между собой нюансами перечисленных нейрохимических механизмов, поэтому влияние их на импульсивность далеко не равнозначно. Такие, например, препараты, как левитирацетам, топирамат, ламотриджин в сравнении с плацебо не показали преимуществ в отношении импульсивной агрессии, а в некоторых случаях могут её даже усилить. Соли вальпроевой кислоты успешно купируют сопровождающиеся импульсивным поведением острые полиморфные эндогенные психозы и демонстрируют хорошие результаты в профилактике «высокочастотного/низкоинтенсивного» варианта ИЭР, но они оказались малопригодными для лечения «низкочастотной/высокоинтенсивной» импульсивной агрессии, наблюдаемой главным образом у больных с органическими поражениями лобно-стриарной системы и у больных с системной кататонией. Вальпроаты не используют при деменциях. Мета-анализы и Кокрейновские обзоры поддерживают доказательную эффективность в редукции тяжёлых форм импульсивной агрессии четырёх нормотимиков: окскарбазепина, карбамазепина, фенитоина и лития. Обобщённые результаты сравнений антиагрессивной эффективности нормотимиков среди пациентов различных диагностических групп представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Сравнительная эффективность нормотимиков в редукции импульсивной агрессии среди пациентов различных диагностических групп

Группы психических расстройств	Препараты					Литературные источники
	Карбонат лития	Карбамазепин / Окскарбазепин	Вальпроаты	Фенитоин	Габапентин	
“Высокочастотный / низкоинтенсивный” вариант ИЭР, ПТСР	+	++	+++	N	N	39, 53, 59, 61, 82, 107, 120, 133, 140
Острые полиморфные психозы, маниакально-бредовые приступы	++	N	+++	N	N	39, 82, 140, 149
БАР в межприступном периоде	+++	++	+	N	N	28, 61, 82, 98, 143
Шизофрении (адьювантная терапия)	+	+++	++	N	N	29, 112
Эпилепсия, последствия ЧМТ и др. органических поражений мозга	+*	+++	+	+++	++	11, 37, 39, 58, 79, 82, 103, 134, 140, 145
Деменции	N	+	N	N	++	20, 39, 145
Умственная отсталость	++	N	N	N	N	45, 49

Примечания:

- +++ - хорошо доказанная эффективность;
- ++ - доказанная эффективность;
- +
- N - отсутствие эффективности или качественных исследований;
- * - при эпилепсии и при паркинсонизме литий противопоказан.

Окскарбазепин (трилептал) в сравнении с карбамазепином имеет наибольшие доказательства эффективности в сокращении частоты и интенсивности импульсивной агрессии у больных разными формами психических расстройств, в т.ч. у страдающих височной (лимбической) эпилепсией [79, 82]. Чем более выражены признаки «органичности» в статусе пациента и в результатах его ЭЭГ, тем выше вероятность наступления терапевтического эффекта. Кроме того, окскарбазепин

переносится больными намного лучше, чем карбамазепин; он обладает меньшей нейро- и кардиотоксичностью, невысоким риском развития гематологических осложнений. Эффективная доза окскарбазепина для редукции импульсивной агрессии – 1200-2400 мг/сут.

Некогда широко применявшийся в отечественных психиатрических клиниках фенитоин (дифенин) сегодня незаслуженно полузабыт. Между тем, высокая эффективность фенитоина в отношении импульсивной агрессии хорошо доказана. Фенитоин наиболее эффективен в отношении наиболее brutальных – «низкочастотных/высокоинтенсивных» вариантов импульсивной агрессии. Он незаменим и в тех случаях, когда требуется безотлагательное установление контроля над агрессивным поведением пациента. Возможно, антиагрессивные преимущества препарата связаны с тем, что, помимо гашения пароксизмальных разрядов лимбических нейронов, он способствует увеличению уровня коркового серотонина. Частота возникновения побочных эффектов при лечении фенитоином невелика. Рекомендуемая доза фенитоина – 300-400 мг/сут.

Многообещающие результаты показывает габапентин (габагамма, гапентек, конвалис, тебантин). Благодаря хорошей переносимости он успешно применяется в целях редукции агрессии, связанной с деменциями, с эпилепсией и эпилептиформными расстройствами органического генеза. Суточная доза должна при этом составлять 800-900 мг. Меньшие дозы способны вызвать усиление агрессии. Проявляет ли габапентин антиагрессивные свойства при других формах психических расстройств, ввиду отсутствия надлежащих исследований пока что неизвестно.

Эталоном нормотимика по сей день остаётся литий. Эксперты Кокрейновской библиотеки пришли к выводам, что наблюдаемый тренд к замещению лития вальпроатами и/или атипичными антипсихотиками в тактике профилактической терапии БАР совершенно необоснован [27, 28, 98]. Механизм фармакологического действия лития остаётся не вполне ясным, однако известно, что он улучшает серотонинергическую функцию, повышает чувствительность префронтальной коры к дофамину и ограничивает активность норадреналина. Как антиагрессивное средство, литий эффективен не только при мании и в целях редукции аффективной лабильности в интермиссиях БАР, но и при многих других формах психических заболеваний. В случаях недостаточной эффективности литий рекомендуется комбинировать с одним из антиконвульсантов. Литий – пока что единственное средство с доказанной эффективностью в отношении агрессивного поведения у пациентов с умственной отсталостью. Помимо необходимости учёта известных соматических противопоказаний, литий нельзя назначать больным эпилепсией, с различными формами паркинсонизма; литий не рекомендован при деменциях.

От уровня норадреналина зависят уровни симпатикотонии и интенсивности поведенческих реакций на воспринятую угрозу. Таким образом, в происхождении агрессивного поведения норадренергическая трансмиссия играет своего рода «разрешающую» роль. В целях редукции агрессивного поведения зарубежные психиатры давно и успешно используют бета-блокаторы. Используемый в качестве адъювантного средства пропранолол (анаприлин, индерал) эффективно уменьшает тревогу и агрессию у лиц, страдающих ПТСР, у враждебных больных шизофренией, органическими поражениями мозга, деменцией, у травматиков, у детей с глубокой умственной отсталостью [40, 73, 119, 132, 139, 161]. Главная проблема с назначением пропранолола – риск снижения артериального давления и замедления пульса. В последнее время терапевтические возможности расширились благодаря внедрению пиндолола (вискена), который, помимо неселективной бета-адренергической блокады, проявляет свойства парциального норадреналинового агониста. Поэтому неблагоприятные сердечно-сосудистые эффекты этого бета-блокатора сведены к минимуму и его назначение пациентам с нормальным АД стало вполне безопасным. Антиагрессивная эффективность пиндолола доказана рандомизированным, плацебо-контролируемым, двойным-слепым исследованием [24] и отражена в официальной инструкции к препарату.

Вопреки распространённой мифу, повышенный уровень тестостерона никакого прямого отношения к агрессивности не имеет. С ним связана только лишь доминантность, которая может проявляться в социально приемлемой, и даже в социально полезной формах (например, в организаторских способностях). Высокий уровень тестостерона может облегчить реализацию агрессивного поведения только у предрасположенных к агрессии субъектов [78, 121, 128].

Качественная квалификация состояния конкретного пациента, понимание патофизиологических механизмов, определяющих возникновение итерационных вспышек импульсивной агрессии, знание фармакологии лекарственных препаратов позволят врачу грамотно определять мишени и средства терапевтического вмешательства, добываясь в итоге клинического улучшения и снижения риска опасного поведения.

Литература

1. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. 2-е изд. (1946г.). - СПб.: 2002. - 720 с.
2. Снедков Е.В., Бадри К. Факторы, сопряженные с результатами применения антипсихотиков при лечении больных шизофренией. Российский психиатрический журнал. - 2007. - №5. - С. 83-89.
3. Снедков Е.В. Страсти по психопатии (продолжение обсуждения статьи В.Д. Менделевича). Неврологический вестник. - 2017 - Т. XLIX, вып. 3. - С. 92-98.
4. Снедков Е.В. Стресс и аддикции // Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практ. конф. с междунар. участием. – [Электронное издание]. – СПб.: Альта Астра, 2017. - С. 345-347.
5. Aaronson A., Brett Lloyd R. Aggression after traumatic brain injury: a review of the current literature. *Psychiatr Ann.* 2015. Vol. 45(8). P. 422–426.
6. Allen T.J., Moeller F.G., Rhoades H.M., Cherek D.R. Impulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend.* 1998. Vol. 50(2). P. 137-145.
7. Amen D.G., Stubblefield M., Carmichael B. Brain SPECT findings and aggressiveness. *Ann Clin Psychiatry.* 1996; Vol. 8(3). P. 129–137.
8. Apter A., van Praag H.M., Plutchik R. et al Interrelationships among anxiety, aggression, impulsivity, and mood: a serotonergically linked cluster? *Psychiatry Res.* 1990. Vol. 32(2). P. 191-199.
9. Aron A.R., Dowson J.H., Sahakian B.J., Robbins T.W. Methylphenidate improves response inhibition in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2003. Vol. 54(12). P. 1465-1468.
10. Ballard C., Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;1:CD003476.
11. Barratt E.S., Stanford M.S., Felthous A.R. et al: The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: a controlled study. *J Clin Psychopharmacol.* 1997. Vol. 17(5). P. 341-349.
12. Barratt E.S., Stanford M.S., Kent T.A., Felthous A.R. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatry.* 1997. Vol. 41(10). P. 1045-1061.
13. Bechara A: Neurobiology of decision-making: risk and reward. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 2001; Vol. 6(3). P. 205-216.
14. Bidzan L., Grabowski J., Dutczak B., Bidzan M. [Impact of treatment with acetylcholinesterase inhibitors, valproic acid and antipsychotics on aggressive behaviour in Alzheimer's type dementia]. [Article in Polish] *Psychiatr Pol.* 2012. Vol. 46(3). P. 361-372.
15. Biederman J., Mick E., Surman C. et al A randomized, placebo-controlled trial of OROS methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2006. Vol. 59(9). P. 829-835.
16. Bilder R.M., Volavka J., Lachman H.M., Grace A.A. The catechol-O-methyltransferase polymorphism: relations to the tonic-phasic dopamine hypothesis and neuropsychiatric phenotypes. *Neuropsychopharmacology.* 2004. Vol. 29(11). P. 1943-1961.
17. Brambilla P., Bellani M., Yeh P.H., Soares J.C., Tansella M. White matter connectivity in bipolar disorder. *Int Rev Psychiatry.* 2009. Vol. 21(4). P. 380–386.
18. Bremner J.D., Southwick S.M., Darnell A., Charney D.S. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry.* 1996. Vol. 153(3). P. 369-375.
19. Brodaty H., Ames D., Snowdon J. et al A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry.* 2003. Vol. 64(2). P. 134-143.
20. Brodie M.J., Besag F., Ettinger A.B. et al Epilepsy, antiepileptic drugs, and aggression: an evidence-based reviews. *Pharmacol Rev.* 2016. Vol. 68(3). P. 563-602.
21. Brown E.S., Nejtek V.A., Perantie D.C., Rajan Thomas N., Rush A.J. Cocaine and amphetamine use in patients with psychiatric illness: a randomized trial of typical antipsychotic continuation or discontinuation. *J Clin Psychopharmacol.* 2003. Vol. 23(4): P. 384-388.
22. Buckley P., Bartell J., Donenwirth K. et al Violence and schizophrenia: clozapine as a specific antiaggressive agent. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1995. Vol. 23(4). P. 607-611.
23. Bukstein O.G., Kolko D.J. Effects of methylphenidate on aggressive urban children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol.* 1998. Vol. 27(3). P. 340-351.
24. Caspi N., Modai I., Barak P. et al Pindolol augmentation in aggressive schizophrenic patients: a double-blind crossover randomized study. *Int Clin Psychopharmacol.* 2001. Vol. 16(2). P. 111-115.
25. Chamberlain S.R., Sahakian B.J. The neuropsychiatry of impulsivity. *Curr Opin Psychiatry.* 2007. Vol. 20(3). P. 255-261.
26. Chen J., Lipska B.K., Halim N. et al Functional analysis of genetic variation in catechol-O-methyltransferase (COMT): effects on mRNA, protein, and enzyme activity in postmortem human brain. *Am J Hum Genet.* 2004. Vol. 75(5). P. 807–821.
27. Cipriani A., Reid K., Young A.H., Macritchie K., Geddes J. Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013. (10):CD003196.
28. Cipriani A., Rendell J.M., Geddes J. Olanzapine in long-term treatment for bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009. (1): CD004367.
29. Citrome L., Casey D.E., Daniel D.G. et al Adjunctive divalproex and hostility among patients with schizophrenia receiving olanzapine or risperidone. *Psychiatr Serv.* 2004. Vol. 55(3). P. 290-294.
30. Citrome L., Volavka J., Czobor P. et al Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001; Vol. 52: P. 1510-1514.
31. Citrome L., Volavka J. Schizophrenia: Violence and comorbidity. *Curr Opin Psychiatry.* 1999. Vol. 12(1). P. 47-51
32. de Clérambault G.G. Syndrome mcanique et conception mcaniciste des psychoses hallucinatoires. *Annales mddico-psychologiques.* Paris, 1927. Vol. 85. P. 398-413.

33. Coccaro E.F. Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2012. Vol. 169(6). P. 577-588.
34. Coccaro E.F., Lee R.J., Kavoussi R.J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in patients with intermittent explosive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2009. Vol. 70(5). P. 653-662.
35. Coccaro E.F., Lee R., Vezina P. Cerebrospinal fluid glutamate concentration correlates with impulsive aggression in human subjects. *J Psychiatr Res*. 2013. Vol. 47(9). P. 1247-1253.
36. Coccaro E.F., McCloskey M.S., Fitzgerald D.A., Phan K.L. Amygdala and orbitofrontal reactivity to social threat in individuals with impulsive aggression. *Biol Psychiatry*. 2007. Vol. 62(2). P. 168-178.
37. Coccaro E.F., Posternak M.A., Zimmerman M. Prevalence and features of intermittent explosive disorder in a clinical setting. *J Clin Psychiatry*. 2005. Vol. 66(10). P. 1221-1227.
38. Comai S., Tau M., Gobbi G. The psychopharmacology of aggressive behavior: a translational approach. Part 1: Neurobiology. *J Clin Psychopharmacol*. 2012. Vol. 32(1). P. 83-94.
39. Comai S., Tau M., Pavlovic Z., Gobbi G. The psychopharmacology of aggressive behavior: A translational approach. Part 2: Clinical studies using atypical antipsychotics, anticonvulsants, and lithium. *J Clin Psychopharmacol*. 2012. Vol. 32(2). P. 237-260.
40. Connor D.F. Beta blockers for aggression: a review of the pediatric experience. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1993. Vol. 3(2). P. 99-114.
41. Conrod P.J., Castellanos-Ryan N., Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 67(1). P. 85-93.
42. Corruble E., Damy C., Guelfi J.D. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord*. 1999. Vol. 53(3). P. 211-215.
43. Cowdry R.W., Gardner D.L. Pharmacotherapy of borderline personality disorder. Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry*. 1988. Vol. 45(2). P. 111-119.
44. Craddock N., Owen M.J., O'Donovan M.C. The catechol-O-methyl transferase (COMT) gene as a candidate for psychiatric phenotypes: evidence and lessons. *Mol Psychiatry*. 2006. Vol. 11(5). P. 446-458.
45. Craft M., Ismail I.A., Krishnamurti D. et al Lithium in the treatment of aggression in mentally handicapped patients: a double-blind trial. *Br J Psychiatry*. 1987. Vol. 150. P. 685-689.
46. Crews F.T., Collins M.A., Dlugos C. et al Alcohol-induced neurodegeneration: when, where and why? *Alcohol Clin Exp Res*. 2004. Vol. 28(2). P. 350-364.
47. Cumbo E., Lorigi L.D. Differential effects of current specific treatments on behavioral and psychological symptoms in patients with Alzheimer's disease: a 12-month, randomized, open-label trial. *J Alzheimers Dis*. 2014. Vol. 39(3). P. 477-485.
48. Czobor P., Volavka J., Meibach R.C. Effect of risperidone on hostility in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 1995. Vol. 15(4). P. 243-249.
49. Dale P.G. Lithium therapy in aggressive mentally subnormal patients. *Br J Psychiatry*. 1980. Vol. 137. P. 469-474.
50. Dalley J.W., Everitt B.J., Robbins T.W. Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron*. 2011. Vol. 69(4). P. 680-694.
51. Davanzo P., Yue K., Thomas M.A. et al Proton magnetic resonance spectroscopy of bipolar disorder versus intermittent explosive disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2003. Vol. 160(8). P. 1442-1452.
52. Davis W.M. Psychopharmacologic violence associated with cocaine abuse: kindling of a limbic dyscontrol syndrome? *Prog Neuropsychopharmacol. Biol Psychiatry*. 1996. Vol. 20(8). P. 1273-1300.
53. Donovan S.J., Stewart J.W., Nunes E.V. et al Divalproex treatment for a youth with explosive temper and mood lability: a double-blind placebo-controlled crossover design. *Am J Psychiatry*. 2000. Vol. 157(5). P. 818-820.
54. Doran N., Spring B., McChargue D. Effect of impulsivity on craving and behavioral reactivity to smoking cues. *Psychopharmacology*. 2007. Vol. 194(2). P. 279-288.
55. Elie R., Langlois Y., Cooper S.F., Gravel G., Albert J.M. Comparison of SCH-12679 and thioridazine in aggressive mental retardates. *Can J Psychiatry*. 1980. Vol. 25(6). P. 484-491.
56. Enman N.M., Zhang Y., Unterwald E.M. Connecting the pathology of posttraumatic stress and substance use disorders: monoamines and neuropeptides. *Pharmacol Biochem Behav*. 2014. Vol. 117. P. 61-69.
57. Fan J.B., Zhang C.S., Gu N.F. et al Catechol-O-methyltransferase gene Val/Met functional polymorphism and risk of schizophrenia: a large-scale association study plus meta-analysis. *Biol Psychiatry*. 2005. Vol. 57(2). P. 139-144.
58. Felthous A.R., Stanford M.S. A proposed algorithm for the pharmacotherapy of impulsive aggression. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2015. Vol. 43(4). P. 456-467.
59. Fesler F.A. Valproate in combat related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 1991. Vol. 52(9). P. 361-363.
60. Finkel S.I., Mintzer J.E., Dysken M. et al A randomized, placebo-controlled study of the efficacy and safety of sertraline in the treatment of the behavioral manifestations of Alzheimer's disease in outpatients treated with donepezil. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004. Vol. 19(1). P. 9-18.
61. Frankenburg F.R., Zanarini M.C. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind, placebo controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2002. Vol. 63(5). P. 442-446.
62. Frankle W.G., Lombardo I., New A.S. et al Brain serotonin transporter distribution in subjects with impulsive aggressivity a positron emission study with [¹¹C]McN 5652. *Am J Psychiatry*. 2005. Vol. 162(5). P. 915-923.
63. Gadow K.D., Nolan E.E., Sverd J., Sprafkin J., Paolicelli L. Methylphenidate in aggressive-hyperactive boys: I. Effects on peer aggression in public school settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990. Vol. 29(5). P. 710-718.
64. Gareri P., Putignano D., Castagna A. et al Retrospective study on the benefits of combined memantine and cholinesterase inhibitor treatment in AGEd Patients affected with Alzheimer's Disease: the MEMAGE study. *J Alzheimers Dis*. 2014. Vol. 41(2). P. 633-640.
65. Giancola P.R. Evidence for dorsolateral and orbital prefrontal cortical involvement in the expression of aggressive behavior. *Aggress Behav*. 1995. Vol. 21. P. 431-450.
66. Gilpin N.W., Weiner, J.L. Neurobiology of comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol-use disorder. *Genes Brain Behav*. 2017. Vol. 16(1). P. 15-43.
67. Gobbi G., Debonnel G. What is a recommended treatment for aggression in a patient with schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci*. 2003. Vol. 28(4). P. 320.

68. Goldberg S.C., Schulz S.C., Schulz P.M. et al Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene versus placebo. *Arch Gen Psychiatry*. 1986. Vol. 43(7). P. 680-686.
69. Goldberg T.E., Egan M.F., Gscheidle T. et al Executive subprocesses in working memory: relationship to catechol-O-methyltransferase Val158Met genotype and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2003. Vol. 60(9). P. 889-896.
70. Goodman M., New A. Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2000. Vol. 2(1). P. 56-61.
71. Gorman E.B., Klorman R., Thatcher J.E., Borgstedt A.D. Effects of methylphenidate on subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006. Vol. 45(7). P. 808-816.
72. Grace A.A. Phasic versus tonic dopamine release and the modulation of dopamine system responsivity: a hypothesis for the etiology of schizophrenia. *Neuroscience*. 1991. Vol. 41(1). P. 1-24.
73. Greendyke R.M., Kanter D.R., Schuster D.B., Verstrete S., Wootton J. Propranolol treatment of assaultive patients with organic brain disease: a double-blind crossover, placebo-controlled study. *J Nerv Ment Dis*. 1986. Vol. 174(5). P. 290-294.
74. Grupper S., Spengler S., Stuke H. et al Behavioral impulsivity mediates the relationship between decreased frontal gray matter volume and harmful alcohol drinking: A voxel-based morphometry study. *J Psychiatr Res*. 2016. Vol. 83. P. 16-23.
75. Haass-Koffler C.L., Leggio L., Kenna G.A. Pharmacological approaches to reducing craving in patients with alcohol use disorders. *CNS Drugs*. 2014. Vol. 28(4). P. 343-360.
76. Haile C.N., Kosten T.R., Kosten T.A. Pharmacogenetic treatments for drug addiction: cocaine, amphetamine and methamphetamine. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009. Vol. 35(3). P. 161-177.
77. Hamidovic A., Dlugos A., Skol A., Palmer A.A., de Wit H. Evaluation of genetic variability in the dopamine receptor D2 in relation to behavioral inhibition and impulsivity/sensation seeking: an exploratory study with d-amphetamine in healthy participants. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2009. Vol. 17(6). P. 374-383.
78. Hermans E.J., Ramsey N.F., van Honk T.V. Exogenous testosterone enhances responsiveness to social threat in neural circuitry of social aggression in humans. *Biol Psychiatry*. 2008. Vol. 63(3). P. 263-270.
79. Huband N., Ferriter M., Nathan R. et al Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010. (2): CD003499.
80. Hughes D.H. Acute psychopharmacological management of the aggressive psychotic patient. *Psychiatr Serv*. 1999. Vol. 50(9). P. 1135-1137.
81. Indave B.I., Minozzi S., Pani P.P., Amato L. Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007. (3): CD006306.
82. Jones R.M., Arlidge J., Gilham R. et al Efficacy of mood stabilizers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systemic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2011. Vol. 198(2). P. 93-98.
83. Joukamaa M., Heliövaara M., Knekt P. et al Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br J Psychiatry*. 2006. Vol. 188. P. 122-127.
84. Kalivas P.W., Volkow N.D. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 162(8). P. 1403-1413.
85. Kanemoto K., Tadokoro Y., Oshima T. Violence and postictal psychosis a comparison of postictal psychosis, interictal psychosis, and postictal confusion. *Epilepsy Behav*. 2010. Vol. 19(2). P. 162-166.
86. Kapur S., Zipursky R.B., Remington G. Clinical and theoretical implications of 5-HT₂ and D₂ receptor occupancy of clozapine, risperidone, and olanzapine in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1999. Vol. 156(2). P. 286-293.
87. Kessler R.C., Coccaro E.F., Fava M. et al The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2006. Vol. 63 (6). P. 669-678.
88. Kim S., Lee D. Prefrontal cortex and impulsive decision making. *Biol. Psychiatry*. 2011. Vol. 69(12). P. 1140-1146.
89. Kishi T., Matsunaga S., Iwata N. The effects of memantine on behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017. Vol. 13. P. 1909-1928.
90. Krakowski M. Violence and serotonin: influence of impulse control, affect regulation, and social functioning. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003. Vol. 15(3). P. 294-305.
91. Lee G.P., Bechara A., Adolphs R. et al Clinical and physiological effects of stereotaxic bilateral amygdalotomy for intractable aggression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1998. Vol. 10(4). P. 413-420.
92. Lee R., Arfanakis K., Evia A.M. et al White matter integrity reductions in intermittent explosive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2016. Vol. 41(11). P. 2697-2703.
93. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*. 2011. Vol. 168(2). P. 129-142.
94. Lindenmayer J.P., Kotsaftis A. Use of sodium valproate in violent and aggressive behaviors: a critical review. *J Clin Psychiatry*. 2000. Vol. 61(2). P. 123-128 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Abstract&list_uids=20194797.
95. Linnoila M., Virkkunen M., Scheinin M. et al Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci*. 1983. Vol. 33(26). P. 2609-2614.
96. Lohoff F.W., Weller A.E., Bloch P.J. et al Association between the catechol-O-methyltransferase (COMT) Val158Met polymorphism and cocaine dependence. *Neuropsychopharmacology*. 2008. Vol. 33(13). P. 3078-3084.
97. Loy J.H., Merry S.N., Hetrick S.E., Stasiak K. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017. (8): CD008559.
98. Macritchie K.A., Geddes J.R., Scott J., Haslam D.R., Goodwin G.M. Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001. (3): CD003196.
99. Mahon K., Burdick K.E., Wu J., Ardekani B.A., Szeszko P.R. Relationship between suicidality and impulsivity in bipolar I disorder: a diffusion tensor imaging study. *Bipolar Disorders*. 2012. Vol. 14(1). P. 80-89.
100. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999. Vol. 156(2). P. 181-189.
101. Marsh L., Krauss G.L. Aggression and violence in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2000. Vol. 1(3). P. 160-168.
102. Martinez D., Kim J.H., Krystal J., Abi-Dargham A. Imaging the neurochemistry of alcohol and substance abuse. *Neuroimaging Clin N Am*. 2007. Vol. 17(4). P. 539-555.

103. Mattes J.A. Oxcarbazepine in patient with impulsive aggression: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2005. Vol. 25(6). P. 575-579.
104. Maust D.T., Kim H.M., Seyfried L.S. et al Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA Psychiatry*. 2015; Vol. 72(5): P. 438-445.
105. McCloskey M.S., Berman M.E., Noblett K.L., Coccaro E.F. Intermittent explosive disorder-integrated research diagnostic criteria: convergent and discriminant validity. *J Psychiatr Res*. 2006. Vol. 40(3). P. 231-242.
106. McCown W.G. Multi-impulsive personality disorder and multiple substance abuse: evidence from members of self-help groups. *Br J Addict*. 1988. Vol. 83(4). P. 431-432.
107. McElroy S.L. Recognition and treatment of DSM-IV intermittent explosive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999. Vol. 60 (Suppl 15). P. 12-16.
108. Meloy J.R. Empirical basis and forensic application of affective and predatory violence. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006. Vol. 40(6-7). P. 539-547.
109. Moeller F.G., Barratt E.S., Dougherty D.M., Schmitz J.M., Swann A.C. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001. Vol. 158(11). P. 1783-1793.
110. Moeller F.G., Dougherty D.M., Barratt E.S. et al The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2001. Vol. 21(4). P. 193-198.
111. Murray-Thomas T., Jones M.E., Patel D. et al Risk of mortality (including sudden cardiac death) and major cardiovascular events in atypical and typical antipsychotic users: a study with the General Practice Research Database. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2013. №647476.
112. Neppe V.M. Carbamazepine as adjunctive treatment in non-epileptic chronic inpatients with EEG temporal lobe abnormalities. *J Clin Psychiatry*. 1983. Vol. 44(9). P. 326-331.
113. New A.S., Buchsbaum M.S., Hazlett E.A. et al Fluoxetine increases relative metabolic rate in prefrontal cortex in impulsive aggression. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004. 176(3-4). P. 451-458.
114. Olfson M., Blanco C., Liu L., Moreno C., Laje G. National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry*. 2006. Vol. 63(6). P. 679-685.
115. Onor ML, Saina M, Trevisiol M, et al Clinical experience with risperidone in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007. Vol. 31(1). P. 205-209.
116. Pandya N.S., Urbancic M., Ladino L.D., Tillez-Zenteno J.F. Epilepsy and homicide. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013. Vol. 9. P. 667-673.
117. Paton C. Benzodiazepines and disinhibition: A review. *Psych Bulletin*. 2002. Vol. 26(12). P. 460-462.
118. Perry J.L., Carroll M.E. The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*. 2008. Vol. 200(1). P. 1-26.
119. Peskind E.R., Tsuang D.W., Bonner L.T. et al Propranolol for disruptive behaviors in nursing home residents with probable or possible Alzheimer disease: a placebo-controlled study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2005. Vol. 19(1). P. 23-28.
120. Petty F., Davis L.L., Nugent A.L. et al Valproate therapy for chronic combat-induced posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2002. Vol. 22(1). P. 100-101.
121. Pope H.G. Jr., Kouri E.M., Hudson J.I. Effects of supraphysiologic doses of testosterone on mood and aggression in normal men: A randomized controlled trial. *Archives OF GENERAL PSYCHIATRY*. 2000. 57(2), P. 133-140.
122. Qayyum A., Zai C.C., Hirata Y. et al The role of the catechol-O-methyltransferase (COMT) gene Val158Met in aggressive behavior, a review of genetic studies. *Curr Neuropharmacol*. 2015. Vol. 13(6). P. 802-814.
123. Rabinowitz J., Avnon M., Rosenberg V. Effect of clozapine on physical and verbal aggression. *Schizophr Res*. 1996. Vol. 22(3). P. 249-255.
124. Rabinowitz J., Katz I.R., De Deyn P.P. et al Behavioral and psychological symptoms in patients with dementia as a target for pharmacotherapy with risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2004. Vol. 65(10). P. 1329-1334.
125. Raskind M.A. Evaluation and management of aggressive behavior in the elderly demented patient. *J Clin Psychiatry*. 1999. Vol. 60 (Suppl 15). P. 45-49.
126. Ratey J.J., Leveroni C., Kilmer D. et al The effects of clozapine on severely aggressive psychiatric inpatients in a state hospital. *J Clin Psychiatry*. 1993. Vol. 54(6). P. 219-223.
127. Ratey J.J., Sovner R., Parks A. et al Buspirone treatment of aggression and anxiety in mentally retarded patients: a multiple baseline, placebo lead-in study. *J Clin Psychiatry*. 1991. Vol. 52(4). P. 159- 161.
128. Rubinow D.R., Schmidt P.J. Androgens, brain, and behavior. *Am J Psychiatry*. 1996. Vol. 153(8). P. 974-984.
129. Sanas T., Gallarda T. [Paradoxical aggressive reactions to benzodiazepine use: a review]. [Article in French] *Encephale*. 2008. Vol. 34(4). P. 330-336.
130. Samaha A.N. Can antipsychotic treatment contribute to drug addiction in schizophrenia? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2014. Vol. 52. P. 9-16.
131. Schmidt R., Baumhackl U., Berek K. et al [Memantine for treatment of behavioural disturbances and psychotic symptoms in moderate to moderately severe Alzheimer dementia: a naturalistic study in outpatient services in Austria]. [Article in German] *Neuropsychiatr*. 2010. Vol. 24(2). P. 125-131.
132. Shankle W.R., Nielson K.A., Cotman C.W. Low-dose propranolol reduces aggression and agitation resembling that associated with orbitofrontal dysfunction in elderly demented patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1995. Vol. 9(4). P. 233-237.
133. Sheard M.H., Marini J.L., Bridges C.I. et al The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *Am J Psychiatry*. 1976. Vol. 133(12). P. 1409-1413.
134. Shehata G.A., Bateh A.E.M., Hamed S.A., Rageh T.A., Elsorogy Y.B. Neuropsychological effects of antiepileptic drugs (carbamazepine versus valproate) in adult males with epilepsy. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009. Vol. 5. P. 527-533.
135. Siever L.J. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry*. 2008. Vol. 165(4). P. 429-442.
136. Sinzig J., Dupfner M., Lehmkuhl G.; German Methylphenidate Study Group et al Long-acting methylphenidate has an effect on aggressive behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007. Vol. 17(4). P. 421-32.
137. Skodol A.E. Longitudinal course and outcome of personality disorders. *Psychiatr Clin N Am*. 2008. Vol. 31(3). P. 495-503.
138. Soderstrom H., Tullberg M., Wikkelso C., Ekholm S., Forsman A. Reduced regional cerebral blood flow in non-psychotic violent offenders. *Psychiatry Research*. 2000. Vol. 98(1). P. 29-41.
139. Sorgi P.J., Ratey J.J., Polakoff S. Beta-adrenergic blockers for the control of aggressive behaviors in patients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1986. Vol. 143(6). P. 775-776.

140. Stanford M.S., Anderson N.E., Lake S.L., Baldrige R.M. Pharmacologic treatment of impulsive aggression with antiepileptic drugs. *Curr Treat Options Neurol*. 2009. Vol. 11(5). P. 383-390.
141. Stevenson J., Meares R., Comerford A. Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2003. Vol. 160(1). P. 165-166.
142. Sumer M.M., Atik L., Unal A., Emre U., Atasoy H.T. Frontal lobe epilepsy presented as ictal aggression. *Neurol Sci*. 2007. Vol. 28(1). P. 48-51.
143. Swann A.C., Anderson J., Dougherty B.M., Moeller F.G. Measurement of interepisode impulsivity in bipolar disorder: preliminary report. *Psychiatr Res*. 2001. Vol. 101(2). P. 195-197.
144. Swann A.C., Dougherty D.M., Pazzaglia P.J. et al Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2005. Vol. 162(9). P. 1680-1687.
145. Tariot P.N., Raman R., Jakimovich L. et al Divalproex sodium in nursing home residents with possible or probable Alzheimer disease complicated by agitation: a randomized, controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005. Vol. 13(11). P. 942-949.
146. Torregrossa M.M., Quinn J.J., Taylor, J.R. Impulsivity, compulsivity and habit: the role of orbitofrontal cortex revisited. *Biol Psychiatry*. 2008. Vol. 63(3). P. 253-255.
147. Tyrer P., Seivewright H. The stability of personality disorders. *Psychiatry*. 2005. Vol. 4(3). P. 29-31.
148. Vartiainen H., Tiihonen J., Putkonen A. et al Citalopram, a selective serotonin reuptake inhibitor, in the treatment of aggression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1995. Vol. 91(5). P. 348-351.
149. Vasudev A., Macritchie K., Vasudev K. et al Oxcarbazepine for acute affective episodes in bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. (12):CD004857.
150. Versace A., Almeida J.R., Quevedo K. et al Right orbitofrontal corticolimbic and left corticocortical white matter connectivity differentiate bipolar and unipolar depression. *Biol Psychiatry*. 2010. Vol. 68(6). P. 560-567.
151. Virkkunen M., Goldman D., Nielsen D.A., Linnoila M. Low brain serotonin turnover rate (low CSF 5-HIAA) and impulsive violence. *J Psychiatry Neurosci*. 1995. Vol. 20(4). P. 271-275.
152. Volavka J., Czobor P., Nolan K. et al Overt aggression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or haloperidol. *J Clin Psychopharmacol*. 2004. Vol. 24(2). P. 225-228.
153. Volkow N., Chang L., Wang G.J. et al Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *Am J Psychiatry*. 2001. Vol. 158(12). P. 2015-2021.
154. Wang P.S., Schneeweiss S., Avorn J. et al Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med*. 2005. Vol. 353(22). P. 2335-2341.
155. Wilcock G.K., Ballard C.G., Cooper J.A., Loft H. Memantine for agitation/aggression and psychosis in moderately severe to severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of 3 studies. *J Clin Psychiatry*. 2008. Vol. 69(3). P. 341-348.
156. Wilson J.P., Zigelbaum D. PTSD and disposition to criminal behavior // *Trauma and it's wake*. Vol. 2. Traumatic stress: research, theory and intervention / Ed. Ch. R. Figley. - New York: Brunner & Mazel, 1986. - P. 305-321.
157. Winstanley C.A., Theobald D.E., Dalley J.W. et al 5-HT_{2A} and 5-HT_{2C} receptor antagonists have opposing effects on a measure of impulsivity interactions with global 5-HT depletion. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004. Vol. 176(3-4). P. 376-385.
158. Wise R.A. Dopamine and reward: The anhedonia hypothesis 30 years on. *Neurotox Research*. 2008. Vol. 14(2-3). P. 169-183.
159. Wood R.L., Thomas R.H. Impulsive and episodic disorders of aggressive behaviour following traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2013. Vol. 27(3). P. 253-261.
160. Yehuda R. Managing anger and aggression in patients with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999. Vol. 60 (Suppl 15). P. 33-37.
161. Yudofsky S, Williams D, Gorman J. Propranolol in the treatment of rage and violent behavior in patients with chronic brain syndromes. *Am J Psychiatry*. 1981. Vol. 138(2). P. 218-220.
162. Zimmet S.V., Strous R.D., Burgess E.S., Kohnstamm S., Green A.I. Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a retrospective survey. *J Clin Pharmacol*. 2000. Vol. 20(1). P. 94-98.

Точилев В.А., Кушнир О.Н.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ В ТРУДАХ Ю.Л. НУЛЛЕРА И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, СПбГУ, Санкт-Петербург

Деперсонализация (ДП) – самый несогласованный психиатрический термин. Его буквальный перевод – «обезличивание», или «утрата «Я», привел не только к его разному пониманию, но и использовали его для обозначения различных психических нарушений. Так, в руководствах по психиатрии ДП нередко определяется как «расстройство самосознания, чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения своего «Я». Сюда могут включить даже явления психического автоматизма с отчуждением мыслей, чувств, поступков, воспоминаний, которые воспринимаются не как собственные, а как чужие, «сделанные», созданные путем воздействия извне. Эти расхождения затрудняют и сопоставление результатов различных исследователей, поскольку не всегда ясно, о каких больных идет речь. Все это неоправданно расширяет и размывает границы ДП.

В жизнь нашей больницы этот термин вошел вместе с Ю.Л. Нуллером, и первое десятилетие работы под его руководством (до выхода в свет монографии «Депрессия и деперсонализация» в 1981 г.) прошло под знаком деперсонализации. Но и в дальнейшем, до самой смерти в 2003 г., Учитель не оставлял разработку этой темы и методов ее терапии.

Немного истории. Сообщения о пациентах, страдающих от «мышления без чувства», начали накапливаться в медицинских кругах уже к 1840 году. Их описывали Т. Рибо, П. Жане, В. Гризингер, Эскироль и др.. Первый систематический опыт был предоставлен Морисом Кришабером (Krishaber, 1873 г.), ЛОР-специалистом, работающим во Франции, который сообщил о 38 пациентах с жалобами на беспокойство, усталость и депрессивное настроение. Более чем у трети были жалобы на потерю чувства реальности. В психиатрию термин ввел психолог Дюга в 1894 г., изучая психопатологию парамнезий. Далее им опубликована серия работ по этому вопросу (1898, 1912, 1915, 1936), и монография в соавторстве с французским неврологом Морисом Мутье (Dugas and Moutier, 1911). Интересно, что сам термин он позаимствовал из посмертно опубликованных дневников швейцарского философа А.Ф. Амиэля (1821-1881), где тот описывал свои необычные переживания. Большой вклад в развитие учения о ДП внес В. Майер-Гросс. В 1930-х гг. он опубликовал статью «О деперсонализации». Он был первым, кто сделал различие между ДП и дереализацией, как проявлениями одного расстройства, описал острое возникновение ДП, особенно под действием марихуаны и некоторых других наркотиков.

Итак, существование тяжелых хронических проявлений ДП описывали с начала XIX века. Особенно хорошо этот факт был установлен в 1946 г., публикацией впечатляющего отчета об исследовании 66 пациентов, страдающих выраженной формой хронической ДП, которые не могли быть отнесены ни к какой другой психической патологии (Shorvon, 1946). Два десятилетия спустя подобные случаи снова были хорошо задокументированы Ротом (Roth, 1959).

А.А. Меграбян – автор первой монографии «Деперсонализация» на русском языке (1962), считал более адекватным термин «психическое отчуждение» и разделял мнение Дюга, что «ДП есть не потеря чувства «Я», а, наоборот, чувство потери «Я». Этот небольшой исторический обзор удалось создать только в наши дни. В 1970-х гг. большинство этой информации мы не знали. Точно так же в тот период невозможно было получить эпидемиологические, демографические и иные сведения. Трудности использования этого термина также возникают из-за того, что им можно обозначить симптом, синдром и, вероятно, отдельную клиническую форму.

Ю.Л. Нуллер понимал ДП в ее традиционном смысле, т.е. как ощущение отчуждения психических процессов. А наиболее точным из употребляемых синонимов считал термин «психическая анестезия», лишенный двусмысленности, которую приобрел термин «ДП».

Вот основные положения учения о ДП, им разработанные (мы, вслед за ним, называли ее «аффективной деперсонализацией», в отличие от встречающейся при неврозах):

ДП бывает при различных психических расстройствах, и у психически здоровых людей, обычно после острой психической травмы.

Она может присутствовать:

- как незначительный симптом в структуре синдрома,
- как существенный или доминирующий компонент психопатологического состояния (например, депрессивно-деперсонализационный синдром),
- как единственный или ведущий компонент синдрома. В этом случае речь идет о деперсонализационном расстройстве («деперсонализационной болезни» – по терминологии Ю.Л.).

ДП имеет тенденцию к затяжному течению, и в некоторых случаях ее продолжительность составляет многие месяцы и даже годы.

Она характеризуется высокой терапевтической резистентностью.

Таким образом, если ДП возникает в структуре эндогенной депрессии или шизофрении, эти заболевания приобретают затяжное течение и терапевтическую резистентность. Депрессии при этом могут длиться больше года вместо 3-6 месяцев. ДП возникает не только у психически больных после острых приступов психоза, протекающих с интенсивной тревогой и напряжением, но и у психически здоровых людей после крайне сильной тревоги, вызванной острой стрессорной ситуацией: например, угрозой жизни, пытками, стихийными бедствиями, гибелью собственного ребенка и т.п. То есть в тех случаях, когда возникает угроза благополучию или самому существованию. Здесь очевидна ее защитная функция. До распространения теории Г. Селье, ДП традиционно рассматривалась, как естественный способ справиться с подавляющим шоком, или невыносимыми условиями жизни, напр., в концентрационном лагере. В таких случаях ум отсоединяет себя от окружения с целью простого выживания.

Клиника деперсонализации. Характерен соматический анамнез больных: частые ангины в детстве, у многих – хронический тонзиллит, холецистит, спастический колит. Нередко была увеличена щитовидная железа, часто возникали радикулиты и миозиты (особенно шейные), мышечные спастические боли, характерные неприятные ощущения в позвоночнике, в эпигастральной области, за грудиной в области сердца и т.д. При незначительных волнениях легко развивалась бессонница, иногда наблюдались подъемы артериального давления. Часто появлялись навязчивости, приобретавшие в дальнейшем характер фобий.

ДП возникала остро: иногда после крайне сильной внезапной психотравмы (угроза жизни, угроза потери ребенка, сильный испуг). В других случаях после соматической или психогенной провокации возникала тревога, затем к ней присоединялась тоска и далее – ДП.

Традиционно ДП подразделяют на аутопсихическую (нарушение восприятия своего «Я» (собственной личности), аллопсихическую или дереализацию (нарушение восприятия внешнего мира) и соматопсихическую (нарушение восприятия своего тела и его функций). В дебюте (первые недели и месяцы) обычно преобладала сомато-психическая ДП, а аутопсихическая была представлена в виде *anaesthesia dolorosa*.

К явлениям **соматопсихической ДП** относятся: отсутствие или притупление чувства голода, насыщения и вкуса. Больные, не сговариваясь, говорят о том, что пища – «как трава», различая при этом сладкое, соленое, горькое и т.д. Уверяют, что неделями и месяцами не спят, хотя по объективным данным это не подтверждается. Снижается и исчезает болевая, температурная, тактильная и проприоцептивная чувствительность, что облегчает возможность суицида. Ослаблены позывы на мочеиспускание и дефекацию. Отсутствуют сексуальные ощущения.

Для аутопсихической ДП характерна утрата или снижение эмоционального компонента психических процессов. Больные жалуются на потерю или притупление чувства любви, привязанности к близким. Частая жалоба: «Я как-будто одеревенела, я живу не чувствами, а умом». Кроме ангедонии, характерной и для депрессии, отсутствуют или притуплены чувства тоски, гнева, жалости. Больной перестает ощущать природу, не чувствует музыку и проч. Характерно своеобразное, мучительное чувство душевной боли на фоне общего бесчувствия (*anaesthesia psychica dolorosa*). Оно наиболее выражено при острой ДП, при многолетней хронической – сглаживается.

Дереализация (или деперсонализация чувств). Окружающее воспринимается «тусклым», «бесцветным», как «через пленку» или «через мутное стекло». Это субъективное ощущение может быть настолько сильным, что заставляет больных обращаться к окулисту. Возникает ощущение

нереальности окружающего мира и себя. В более тяжелых случаях нарушается восприятие собственного «Я»: «чувствую себя роботом, автоматом», «как будто пропала душа», «стал как неживой». Именно этот симптом дал название – «обезличивание-деперсонализация». Возникает ощущение отсутствия мыслей (ДП мышления) и воспоминаний (ДП памяти). Утрачивается или притупляется ощущение знакомости, привычная обстановка воспринимается как чуждая или малознакомая. Реальное время протекает для больных долго, в крайне тяжелых случаях ощущают его остановку. Прошлое воспринимается как короткое, пустое, поскольку его события как бы не оставили следов в эмоциональной памяти.

Отграничение от сходных проявлений других нарушений. При длительной и не очень глубокой ДП сам больной зачастую не может выделить ее проявления, осознать их, как психическое нарушение, и следовательно, не может их описать (до купирования состояния). Первой задачей врача является диагностирование ДП вне зависимости от нозологической принадлежности заболевания. Диагностика ДП зависит от типа вопросов и того, как они задаются. При этом приходится преодолевать сопротивление больных. Когда дело доходит до описания их симптомов, пациенты часто делают упреждающие заявления, такие как «вы, вероятно, подумаете, что я сумасшедший, но...». Или прервет описание с вопросом, например: «это имеет для вас какое-либо значение?». В этом случае может быть полезно сделать подтверждение большой сложности описания ДП. По нашему опыту, страдающие хронической ДП обычно демонстрируют свои симптомы с помощью «отрепетированного» описания, часто страдающего употреблением избыточной терминологией. Это неудивительно, учитывая доступность соответствующих веб-сайтов и дискуссионных форумов. Одна давняя больная признала это: «Мне потребовались годы, чтобы научиться описывать то, что я чувствую».

Часто обращает на себя внимание необычная речь: многословная, несколько витиеватая, изобилует необычными сравнениями и метафорами. Давно замечено, что больные не ощущают контакта с собеседником. Поэтому, чтобы быть понятыми, донести смысл высказываний, они прибегают к сравнениям, повторениям, сложным объяснениям. При этом больной не находит соответствующих слов в своем лексиконе для испытываемых им необычных переживаний и ощущений. В результате его речь может напоминать резонерство, вычурную речь шизофреника, и стать причиной диагностической ошибки.

Очень часто ДП длительное время остается нераспознанной. Больные связывают свое состояние с усталостью, переутомлением и не обращаются к врачу. А если обращаются, то чаще к неврологам, психологам или психотерапевтам, которые далеко не всегда распознают ДП и пытаются лечить пациента стимуляторами, общеукрепляющими средствами или психотерапевтическими методами, обычно неэффективно.

Дифференциальная диагностика с депрессией. Часто, основываясь на отсутствии нормального настроения, ангедонии, на жалобах больных на утрату интересов и желания что-либо делать, на бедности мимики, ДП ошибочно принимают за неглубокую депрессию. ДП, как ведущее психопатологическое расстройство, либо изолированно (как «деперсонализационная болезнь»), либо в виде деперсонализационного синдрома при эндогенных психозах, очень часто просматривается врачами. Или же квалифицируются, как апатическая или «матовая» депрессия, либо как ипохондрическое состояние. Но главное – все эти диагнозы служат основанием для назначения антидепрессантов, нередко ухудшающих состояние.

Оценку здесь существенно затрудняет отсутствие типичной депрессивной симптоматики: больные не испытывают острой тоски и не склонны придавать значение плохому настроению, так как считают его логическим следствием основного, с их точки зрения, заболевания («омертвения», «потери себя» и т.п.). Главное: при ДП жалуются не на сниженное настроение, а на отсутствие настроения, пустоту: («вообще нет никакого настроения»). Такие больные, как правило, не бывают двигателью заторможены; они могут быть даже многоречивыми. Снижение работоспособности определяется не вялостью, заторможенностью, нарушением концентрации внимания, а отсутствием интереса к деятельности.

Хотя мимика у них застывшая, на лице нет страдания. Очень характерно выражение глаз: они не тусклые, запавшие, как при депрессии, а блестящие, с небольшим экзофтальмом, «красивые».

Пристальный, часто немигающий взгляд, они широко открыты, напоминают взгляд больных с сильной напряженной тревогой. Интересно, что после исчезновения ДП некоторые больные, особенно женщины, выглядят старше: лицо делается менее застывшим, гладким, появляются морщины, глаза теряют блеск.

Дифференциальная диагностика с эмоционально-волевыми нарушениями при шизофрении. Основное различие заключается в том, что больные с ДП ощущают свою изменённость, утрату остроты восприятия, тусклость эмоций и в той или иной степени страдают от этого.

Больные шизофренией безразличны к своему состоянию и не воспринимают его, как болезненное. Однако частые жалобы на отсутствие чувств (к детям, родителям, друзьям и пр.) являются причиной диагностики эмоционального снижения при шизофрении.

Некоторые авторы рассматривали случаи хронической ДП как мягкие или субклинические формы шизофрении, считая, что длительная ДП – это проявление так называемых «расстройств шизофренического спектра» (Парнас и Горст, 2003). Однако Майер-Гросс в своем классическом учебнике по клинической психиатрии заявил, что «нет доказательств того, что ДП, поддерживаемая месяцами или годами без осложнения психотических особенностей, имеет какое-либо отношение к шизофренической болезни». Более того, пациенты с ДП не были более склонны к «магическому мышлению», чем здоровый контроль (Simeon et al, 2004). Есть доказательства того, что наличие ДП является хорошим прогностическим маркером при шизофрении

Вся основная симптоматика ДП представлена в разработанной Э.Л. Генкиной и Ю.Л. Нуллером **«Градуированной шкале деперсонализации»**. Ее применение помогает выявить даже редкие и слабо выраженные признаки, нередко пропускаемые при обычном клиническом обследовании. Каждый симптом разбит на градации, в соответствии с их тяжестью. Это может быть использовано для количественной оценки тяжести состояния и эффективности терапии. Если нарушения отмечались по всем или почти всем пунктам шкалы, то ДП является «тотальной» (термин Ю.Л. Нуллера).

Шкала ДП учитывает практически все проявления психической жизни пациента. Вот ее основные разделы: 1. Отношение к близким. 2. Восприятие окружающей обстановки. 3. Восприятие природы. 4. Восприятие произведений искусства (музыки, живописи, театра, кино и т.п.). 5. Деперсонализация мышления, 6. Деперсонализация памяти. 7. Чувство знакомости, 8. Эмоциональные реакции. 9. Контакт с окружающими и чувство сопереживания. 10. Самовосприятие. 11. Чувство времени. 12. Деперсонализация представления. 13. Сомато-психическая деперсонализация и проч.

Иногда при массивной деперсонализации, сочетающейся с интенсивной тревогой, происходит бредовая интерпретация деперсонализационных переживаний. Появляются, нигилистические идеи, достигающим степени бреда Котара. Так, больной с нарушением чувства времени утверждает, что он бессмертен, так как для него время остановилось и, следовательно, он никогда не умрет. При отсутствии чувства насыщения и облегчения при дефекации пациент считает, что его внутренности сгнили и пища куда-то проваливается, так как он не чувствует ее прохождения и присутствия в своем организме. Из-за отчетливости деперсонализационных переживаний и тревоги эти идеи очень плохо поддаются коррекции.

Итак, всегда предшествуют ДП: интенсивная тревога, напряжение, либо обусловленные психозом (тревожная депрессия, острая шизофрения, особенно приступообразная), либо экзогенными факторами (наркотики, алкогольная абстиненция), либо острой психотравмирующей ситуацией. Чаще всего ДП возникает у гиперэмоциональных и/или тревожных личностей. Это позволяет рассматривать ее, как защитную реакцию на острый эмоциональный стресс, грозящий дезорганизацией психической деятельности или соматическими катастрофами (инсульт, инфаркт, гипертонический криз). При краткости ДП ее защитная функция не вызывает сомнения. При затяжном характере, протективную роль следует рассматривать, как патологическую защиту, которая сама становится основным содержанием болезненного процесса (психического заболевания).

Роль тревоги в патогенезе ДП подтверждается результатами диазепамового теста – внутривенного введения диазепамы: у большинства больных через 15-40 минут ДП исчезает или заметно редуцируется. Обычная доза составляет 30 мг препарата, у пожилых и ослабленных больных

иногда вводят 20 мг, при массивной деперсонализации дозу можно увеличить до 40 мг. Поскольку психотропное действие бензодиазепиновых транквилизаторов заключается только в анксиолитическом эффекте, редукция ДП указывает на ее связь с тревогой. Кроме того диазепамовый тест имеет и дифференциально-диагностическое значение. С его помощью можно определить синдром и выбрать терапию. Выделяют три основных типа теста.

1. Депрессивный: депрессивная симптоматика существенно не меняется, больной «на игле» засыпает или наступает выраженная сонливость. Это является показанием для назначения антидепрессантов

2. Тревожный: быстро, часто «на игле», исчезает вся аффективная симптоматика (тревога, сниженное настроение). Иногда наступает легкая эйфория. В дальнейшем показаны анксиолитики.

3. Деперсонализационный (отставленный). При введении диазепама больной не ощущает ничего – «как вода». В отличие от других вариантов теста, положительная реакция наступает через 20-50 минут и выражается в исчезновении или частичной редукции деперсонализации: «все стало ярче, яснее», «появились какие-то чувства», голод. У подавляющего большинства больных с острой ДП тест положительный, при хронической деперсонализации (продолжительностью многие месяцы или годы) – может выявиться неполный положительный эффект. В немногих случаях хронической ДП положительная реакция на тест отсутствует. При депрессивно-деперсонализационном синдроме в нозологических рамках депрессивного расстройства возможны следующие ответы: после редукции ДП выявляется отчетливая депрессивная симптоматика или субдепрессия, иногда наступает эйфория.

Терапия деперсонализации. К сожалению, факт о ее высокой терапевтической резистентности общепризнан. В большинстве случаев лечение антидепрессантами и антипсихотиками неэффективно. Более того, есть наблюдения, что антидепрессанты ухудшают состояние, еще более «стабилизируют» ДП. Если она возникает в рамках депрессии или шизофрении – показанная при этих психических расстройствах терапия также оказывается безрезультатной. Лишь после редукции ДП эти заболевания поддаются традиционному лечению. Появляющиеся отдельные сообщения об успешном применении некоторых антидепрессантов и нейролептиков в дальнейшем не подтвердились. Такие наблюдения немногочисленны и применявшиеся препараты обладали значительным анксиолитическим эффектом: антидепрессант миансерин и клозапин, являющийся антипсихотиком с мощным анксиолитическим действием.

Электросудорожная терапия (ЭСТ) при лечении ДП неэффективна и чаще, чем у больных эндогенной депрессией приводит к побочным эффектам, в первую очередь – к нарушениям памяти. Это, по-видимому, обусловлено тем, что у больных ДП относительно часто имеется органическая мозговая патология.

Различные психотерапевтические методики также оказываются безрезультатными.

Единственным эффективным методом лечения ДП были бензодиазепиновые транквилизаторы. Обычно терапия начиналась с диазепамового теста. Его положительный результат, с одной стороны, указывает на хороший прогноз, а с другой – становится началом лечения.

Из этой группы использовали феназепам и диазепам. Феназепам применяли в больших (4-8 мг) и очень больших (в отдельных случаях до 20-30 мг) суточных дозах. Диазепам применяли внутривенно до 30-40 мг в сутки. Столь высокие дозы обусловлены тем, что больные ДП резистентны не только к терапевтическому действию бензодиазепинов, но и к их побочным эффектам. Так больной с тяжелой ДП переносил без побочных эффектов (миорелаксация, сонливость) диазепам в дозе 75 мг внутривенно, а другие больные не обнаруживали побочных явлений при приеме 15-20 мг феназепама *per os*. Интересно, что побочные эффекты начинают проявляться только после редукции ДП, при даже меньших дозах препарата. Их появление является показанием для начала снижения дозы.

Методика терапии. Начальная суточная доза феназепама составляет 3-4 мг в 2 или 3 приема. При отсутствии значительного улучшения, доза повышается на 1-2 мг в день каждые 2-3 дня, пока не произойдет полное исчезновение симптоматики или ее значительное уменьшение (на 75-80 % по шкале деперсонализации). Терапевтические дозы могут достигать 5-10 мг в день, а в некоторых случаях повышаться еще больше. По достижении полного терапевтического эффекта необходимо

сохранять ту же дозу препарата не менее 7 дней, а затем постепенно снижать ее по 1-2 мг каждые 3-4 дня. При ухудшении, даже незначительном, дозу повышают до предыдущей или даже больше и лишь после исчезновения ДП и сохранения стабильности в течение 7 – 10 дней, можно начать снижение дозы – по 1 мг каждые 4 дня.

Частым возражением против длительного применения больших доз бензодиазепинов является угроза формирования зависимости от них. Однако, несмотря на многомесячное применение больших доз феназепама, наркотической зависимости от него у больных ДП не было обнаружено. Некоторые больные боялись прекратить прием препарата из опасения рецидива, но при его отмене абстиненция не наступала.

Перспективы терапии ДП прежде всего зависят от поиска и выявления ее патогенетических механизмов. В последнее время появились данные, указывающие на большое значение опиатной системы в патогенезе ДП. Обнадеживающими стали первые положительные результаты использования блокатора опиатных рецепторов налоксона. Помимо давно известного сходства проявлений ДП с действием опиатов (например, анальгетический эффект), обнаружено, что при реакции стресса в гипофизе, наряду с АКТГ, выделяются эндогенные опиаты – бета-эндорфины. Известно также, что тревога (стресс) является пусковым механизмом ДП. Важным подтверждением участия опиатной системы являются предварительные данные об отчетливом терапевтическом действии у больных ДП блокатора опиатных рецепторов – налоксона.

Было проведено слепое исследование с применением налоксона у 14 пациентов, страдающих ДП продолжительностью от 1 до 16 лет. Шестеро – соответствовали критериям DSM-IV для ДП расстройства без сопутствующих заболеваний. У восьми пациентов ДП сосуществовала одновременно с депрессией. Налоксон вводили внутривенно в виде разовой дозы 1,6-4 мг. Трем пациентам, у которых не было первоначального ответа, вводили последующие дозы до 10 мг. У трех пациентов была полная и продолжительная ремиссия, а у семи наблюдалось значительное улучшение (>50 % снижение симптомов по шкале деперсонализации). Только у одного пациента наблюдалось умеренное улучшение, а у двух было минимальное и короткое. Только у одного пациента не было эффекта. Таким образом, у 71 % пациентов наблюдалось значительное снижение интенсивности ДП. В большинстве случаев симптоматическое улучшение отмечалось в первые 20-40 мин после введения налоксона. В соответствии с гипотезой о том, что ДП представляет собой подавляющее воздействие опиоидов на реакцию стресса, у пациентов было обнаружено низкое содержание кортизола в плазме, которое после введения налоксона увеличивалось. По-видимому, препараты этой группы в скором времени окажутся эффективным методом лечения ДП.

Исходы деперсонализационных состояний. Систематическое исследование больных после редукции ДП симптоматики не проводилось пока не было эффективных методов ее терапии. Первые исследования в этом направлении, проведенные О.Н Кушнир, позволили проследить исходы ДП при различных нозологических формах психических заболеваний.

В тех случаях, когда ДП возникала вследствие *интенсивного психогенного стресса* (острых и тяжелых психотравмирующих ситуаций), после ее редукции больные возвращались в состояние, которое характеризовало их до заболевания. У некоторых несколько усиливались присущие им тревожность, впечатлительность, ранимость.

У больных *шизофренией* после исчезновения длительно протекавшей ДП начинали отчетливо проявляться и нарастать признаки эмоционально-волевого дефекта, атактическое мышление, иногда – бредовые идеи.

У части больных *параноидной шизофренией* и относительно непродолжительной ДП после ее исчезновения не наблюдалось психотической симптоматики, однако через 1,5-2 месяца возникли острые параноидные приступы.

У больных с острым *шизоаффективным расстройством* ДП возникала на высоте аффективно-бредового или онейроидного приступов. Попытка ее купировать бензодиазепинами или налоксоном приводила к возобновлению аффективно-бредовой или онейроидной симптоматики. Клозапин не только приводил к исчезновению ДП, но и купировал острую психотическую симптоматику, поскольку он является наиболее эффективным препаратом для лечения этих состояний.

У больных *рекуррентным депрессивным расстройством* с депрессивно-деперсонализационным синдромом после исчезновения ДП либо наступала интермиссия, либо неглубокая депрессия, которая легко поддавалась терапии антидепрессантами, хотя до редукции ДП эти больные были резистентны к терапевтическому действию различных антидепрессантов.

У больных *биполярным аффективным расстройством* после редукции ДП часто наступало легкое или умеренное маниакальное состояние либо интермиссия или же неглубокая депрессия.

У больных с *органическими психическими расстройствами* после исчезновения ДП возобновлялись вегето-сосудистые пароксизмы, ипохондрические жалобы, эмоциональная неустойчивость.

Тактика врача после купирования ДП определяется характером выхода и нозологической принадлежностью заболевания, в структуре которого она была. Часто возникает вопрос: стоит ли пытаться купировать ДП, если она – защитная реакция, а после ее редукции у некоторых больных возникает обострение симптоматики? Это в первую очередь относится к больным шизофренией. Ответ заключается в следующем: во-первых, ДП является **мучительным состоянием**, часто приводящим к **суицидам**. Во-вторых, она резко **повышает терапевтическую резистентность** расстройств, в рамках которых возникает. После ее исчезновения у больных шизофренией следует возобновить или интенсифицировать терапию антипсихотиками. Если в прошлом отмечались частые и тяжелые аффективные приступы, имеет смысл сразу же начать профилактическую терапию нормотимиками. У больных, ранее страдавших гипертонией и у пожилых пациентов следует следить за уровнем артериального давления, и при необходимости сразу же назначать гипотензивные средства. Больным, перенесшим психотравмирующую ситуацию, ставшую причиной ДП, показана поддерживающая психотерапия.

Таким образом: основные положения разработанного Ю.Л. Нуллером учения о ДП, следующие:

1. ДП является неспецифической в отношении нозологии реакцией, возникающей при различных психозах, а также у больных с пограничными состояниями и у психически здоровых лиц в условиях сильного эмоционального напряжения (имеются в виду отрицательные эмоции и аффекты: тревога, страх, тоска).

2. ДП, как правило, возникает у лиц, которых в преморбиде можно охарактеризовать как «тревожно-впечатлительных», гиперэмоциональных. У значительной части этих больных за годы, предшествовавшие ее появлению, отмечалось нарастание соматических и психических проявлений тревоги (повышенно мышечного тонуса, спастические явления и их последствия, вегетативные нарушения, периоды бессонницы, навязчивости, чаще – фобии и т.п.).

3. ДП, как правило, возникает после интенсивного стресса, психопатологически проявляющегося аффектами тревоги и страха. Часто реакция стресса вызвана тяжелой психотравмирующей ситуацией, реже – обусловлена соматогенно. При эндогенных психозах ДП появляется на высоте психотической тревоги, страха и, вероятно, тяжелой витальной тоски. Связь ее с тревогой подтверждается эффективностью противотревожных средств (клозапин, феназепам, большие дозы внутривенно вводимого диазепама). При лечении ДП в дебюте заболевания купируя тревогу, они приводят к редукции симптоматики.

4. В дебюте ДП обычно сочетается с аффективными расстройствами (тревога, тоска) и различными психическими и соматическими проявлениями тревоги: фобиями, вегетативными и мышечными (спастическими) нарушениями, которые обычно квалифицируются как сенестопатии.

5. ДП часто лежит в основе ипохондрической фиксации и ипохондрического бреда.

6. При аффективных психозах массивная ДП приводит к затяжному течению депрессивных фаз и обуславливает их резистентность к антидепрессивной терапии. При шизофрении ДП в отдельных случаях стабилизирует течение психоза.

Как же сегодня обстоят дела с выявлением ДП, ее диагностикой и лечением?

До сих пор нет единого мнения о месте ДП в классификации психических расстройств. В DSM-IV деперсонализационное расстройство (300.6), относится к диссоциативным, а в МКБ-10 синдром деперсонализации-дереализации (F.48.1) – к разделу «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4). В результате создается порочный круг: отсутствие четких границ

не позволяет сформировать гомогенную группу больных для исследования механизмов заболевания, а без знания патогенетических механизмов невозможна классификация, основанная не на внешних признаках, а на сущности данного явления.

Подчеркивая частоту распространенности ДП, уже давно было отмечено, что она стоит на третьем месте после наиболее распространенных депрессии и тревоги и распространена так же широко, как шизофрения или аффективные расстройства. (Hunter et al, 2004; Johnson et al, 2006; Michal et al, 2009). Если это так, то почему большинство клиницистов считают ее редкостью? Для этого есть следующие причины. Во-первых, психиатров все еще учат, что ДП крайне редко встречается. Во-вторых, полагают, что ДП обычно вторичный симптом другого состояния, такого как депрессия. Неудивительно, что это приводит к высокой частоте ошибочных диагнозов.

Однако при изучении распространенности ДП в 212 психиатрических стационаров, Brauer et al (1970) обнаружили, что 80 % пациентов отметили наличие или прошлый опыт ДП. Но только 12 % сообщили о серьезном и продолжительном опыте. Аналогичная высокая распространенность была недавно обнаружена в транскультуральном исследовании ДП среди психиатрических пациентов (Sierra et al, 2006). Была обнаружена сильная независимая корреляция между ДП и такими соматическими заболеваниями, как гипертония, сахарный диабет, хронические легочные болезни и хроническая боль (Michal et al, 2009). Авторы обнаружили, что пациенты с ДП хуже оценивают свое здоровье, чаще они – нетрудоспособны. При этом для их лечения более интенсивно использовали психотерапию и психотропные препараты. Такие результаты согласуются с выводами, свидетельствующими о том, что ДП связана с более высокой заболеваемостью сопутствующими болезнями и их тяжестью (Mula et al, 2008).

С появлением Интернета больные с ДП, не получающие помощи от профессионалов-психиатров, вышли в сеть. Там существуют десятки, а может быть и сотни сайтов, посвященных проблеме ДП. Интересно, что ситуация одинакова и у нас, и за рубежом. Только там больше профессионалов, помогающих в ситуации болезни, выпускаются книги, помогающие выжить (“Overcoming depersonalization”), создаются группы поддержки. Следовательно, тысячи людей с поразительно похожим опытом и симптомами начали собираться в конце 1990-х в этом новом месте. Один веб-сайт, (depersonalization.info), получил более чем 10 000 индивидуальных хитов в течение 3 месяцев в 2001 году.

Сегодня серьезно изучают ДП в трех центрах. Это Daphne Simeon и ее сотрудники в Нью-Йорке, Mauricio Sierra в Лондоне и Matthias Michal в Майнце. Эти ученые объединили свои усилия и совместно исследовали большую группу пациентов с деперсонализационными расстройствами. В результате, к деперсонализации было привлечено внимание специалистов, которого она, безусловно, заслуживает. В последнее десятилетие наблюдается беспрецедентное возрождение в исследованиях по деперсонализации. Не будет преувеличением сказать, что в результате создания специализированных клиник и исследовательских программ как в США, так и в Европе за последние 10 лет было получено более подробное описание состояния, чем в предыдущие 100 лет. В качестве примера можно привести The Depersonalization Research Unit в Institute of Psychiatry, King’s College, London; Depersonalization and Dissociation Research Program at the Mount Sinai School of Medicine in New York. Эти программы изучают ДП во всех аспектах: описательных, когнитивных, биологических, лечебных и проч. Была создана Кембриджская шкала деперсонализации (Sierra and Berrios, 2000) – всеобъемлющий инструмент, содержащий 29 пунктов, описывающих опыт, классически связанный с синдромом ДП. Считается, что это – самый всесторонний масштаб феноменологии ДП, и он все чаще используется в исследованиях. Он показывает хороший и отличный психометрический профиль, и его использование в лечебных испытаниях показало, что он чувствителен к изменениям (Hunter et al, 2005; Sierra et al, 2006; Simeon et al, 2005).

В 2009 году психиатр и руководитель отд. деперсонализации Института психиатрии в Лондоне Mauricio Sierra опубликовал монографию “Деперсонализация: новый взгляд на забытый синдром” (ориг. на англ. *Depersonalisation: a new look at a neglected syndrome*; Cambridge). Итогом нового звучания темы стал симпозиум, организованный проф. Michiel Hengeveld (Роттердамский университет) и привлекший 320 участников. Итак, тема вновь зазвучала – впервые за последние 40 лет. (Здесь и далее цит. по Nicolai N. *Depersonalisatie*. – MGv, 2011, No. 3)

Психиатр из Центра расстройств настроения Университета Маастрихта Frenk Peters поднял очень актуальную для нас тему: о наркотиках и ДП, прежде всего, об эффекте тетрагидроканнабинола (ТНС) – активного вещества в каннабисе. ТНС производит сильное деперсонализационное действие. После первого ДП периода такая реакция быстро закрепляется: любое чувство нереальности, даже любая ассоциация с ситуацией, в которой это чувство появляется, вызывает страх и тревогу, а страх, в свою очередь, усиливает чувство отчужденности. Peters также отметил деперсонализационный эффект селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Что касается лечения этих состояний, то он подтвердил ограниченность возможностей.

Нейробиологические исследования, по данным M. Sierra, показывают, что при ДП снижается уровень всех эмоциональных реакций, даже отвращения и страха. Кроме того, исследования с применением сканирования головного мозга указывают на повышенную активность префронтальной коры. Как уже было сказано, от СИОЗС мало толку, а антипсихотики применять просто бессмысленно. А вот что действительно помогает – и об этом говорил Peters, – так это добавление к СИОЗС ламотриджина. Можно также добавить к СИОЗС клоназепам, но это чревато возникновением мании.

Неопубликованные парадоксальные наблюдения показывают, что некоторые пациенты с ДП, которые жалуются на нарушения внимания, гиперсомнию, могут реагировать на стимуляторы (Ballon and Feifel, 2006). Что касается поиска новых фармакологических методов лечения, то на горизонте могут появиться два новых препарата: (1) антагонисты рецепторов каннабиса; (2) селективные антагонисты каппа-опиоидных рецепторов. Таким образом, жизнь продолжается, исследования идут, но не у нас. В отечественной литературе работ по ДП мы не нашли. При этом особенно приятно, что ссылки на труды Ю.Л. Нуллера в западной литературе последних лет постоянно присутствуют. Приняты: разработанная им концепция ДП, как защитной реакции, роль тревоги и опиатной системы в патогенезе, методика применения опиатных блокаторов.

Литература

1. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. Ленинград, 1981
2. Нуллер Ю.Л. Диагностика и терапия деперсонализационного расстройства СПб 2002
3. Кушнир О.Н. Исследование вариантов течения и терапии деперсонализационных расстройств. Автореф.дисс.канд. 2002
4. Daphne Simeon. Feeling unreal. Depersonalization disorder and loss of the self. 2006 by Oxford University Press, Inc.
5. Mauricio Sierra, Depersonalization: A New Look at a Neglected Syndrome. Cambridge University Press 2009

Черток Е.А., Павлова В.В., Витоль Е.С., Сорокина А.В., Денисов М.Ф.
«ТРУДНЫЕ» ПАЦИЕНТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.
ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ульяновская областная психиатрическая больница, Ленинградская область
Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Имеется большое число научных публикаций, посвященных проблеме «трудных» пациентов в системе психиатрической помощи (см. обзор Коеккоек et al, 2006). Однако специальных отечественных исследований на данную тему нам найти не удалось.

Целью нашей работы было отчасти восполнить указанный пробел и выяснить распространенность «трудных» пациентов в условиях отечественной психиатрической больницы, а также выявить факторы, приводящие к тому, что пациенты начинают восприниматься врачами и медсестрами как «трудные».

Материалы и методы. В октябре 2017 г. врачам-психиатрам и медсестрам ЛО ГКУЗ «Ульяновская областная психиатрическая больница» (УОПБ) – каждому по отдельности – было одновременно предложено назвать самых трудных, самых проблемных пациентов из числа находящихся в их отделении, а также объяснить, почему они считают названных ими пациентов «трудными».

Таким образом, был составлен общебольничный список «трудных» пациентов, а затем по медицинским картам исследованы их социально-демографические и клинические характеристики в сравнении со случайно отобранными пациентами из числа не вошедших в группу «трудных».

Кроме того, было изучено, как на оценке пациентов сказались некоторые характеристики самих профессионалов, дававших оценки.

Поскольку настоящее исследование является пилотным, при обработке полученных материалов мы использовали только дескриптивные статистические методы, без расчета показателей статистической достоверности.

Результаты. Было опрошено 7 врачей-психиатров и 13 медсестер, представляющих все 4 клинических отделения больницы, в которой на момент опроса находилось 238 пациентов.

Врачи назвали в качестве «трудных» 36 пациентов, а медсестры – 34 пациента, что составило, соответственно, 15,1 % и 14,3 % от общего числа пациентов, находившихся в больнице на момент опроса. В контрольную группу вошли 40 человек.

В качестве основных причин, по которым пациенты воспринимаются ими как «трудные», психиатры называли «тяжесть психического состояния» – 24 раза, «резистентность к терапии» или «непереносимость терапии» – 13 раз и «социальные проблемы» – 7 раз.

Медсестры в своих обоснованиях «трудности» использовали, преимущественно, иные характеристики: «нарушения поведения» – 16 раз, «трудность в уходе» – 9 раз, «тяжесть состояния» – 7 раз и «агрессивность» – 2 раза.

Результаты социально-демографического и клинического сравнения двух групп пациентов – «трудных» для врачей и «трудных» для медсестер – между собой, и с контрольной группой, в которую вошли 40 человек, показаны в табл. 1. Отметим, что мы приводим только те характеристики, по которым были выявлены существенные отличия.

Таблица 1.

Некоторые социально-демографические и клинические характеристики «трудных» и контрольных пациентов.

Характеристики пациентов	Трудные пациенты		Контрольная группа (n=40)
	Для врачей (n=36)	Для медсестер (n=34)	
Пол:			
- мужской (%)	42	65	50
- женский (%)	58	35	50
Средний возраст (лет)	48	41	48
Характер проживания:			
- одинокие (%)	39	32	17
- в семье (%)	53	50	73
- в ПНИ (%)	8	18	10

Диагностическая рубрика по МКБ-10:			
- F00-F09 (%)	30	26	28
- F10-F19 (%)	0	9	8
- F20-F29 (%)	70	65	64
Длительность заболевания (лет)	20	12	14
Госпитализация в ПБ:			
- первичная (%)	23	24	15
- повторная (%)	77	76	85
Средняя длительность госпитализации (дней)	92	88	62

Как видно из таблицы, для врачей «трудными» были преимущественно женщины (58 %), а для медсестер – мужчины (65 %). При этом, в медсестринскую группу «трудных» пациентов вошли пациенты более молодого возраста, по сравнению с контрольной группой (средний возраст 41 год против 49 лет). Одиноким пациентам примерно вдвое чаще представлялись «трудными» как врачам, так и медсестрам (соответственно, 39 % и 32 % – в сравнении с 17 % в контрольной группе).

В нозологическом плане обращает на себя внимание то, что больные с психозами, обусловленными употреблением психоактивных веществ, которых в контрольной группе было 8 %, ни разу не были упомянуты врачами как «трудные».

Для врачей «трудными» более часто оказывались пациенты с большей длительностью заболевания (в среднем, 20 лет против 14 лет в контрольной группе). При этом, «трудные» пациенты обеих подгрупп чаще, чем контрольные, поступали в психиатрическую больницу впервые в жизни (23 % и 24 % против 15 %). Наконец, в обеих подгруппах «трудных» пациентов средняя длительность текущей госпитализаций оказалась значительно выше, чем в контрольной группе (92 дня и 88 дней против 62 дней).

Из 70 пациентов, которые были идентифицированы как «трудные», только 14 человек (20 %) были названы «трудными» и врачами, и медсестрами. Для того чтобы понять, как данное обстоятельство может быть связано с характеристиками профессионалов, участвовавших в опросе, мы разделили «трудных» пациентов на четыре группы – в зависимости от того, в каких отделениях они проходили лечение. В рамках данной статьи поименуем их отделениями А, В, С и D (табл. 2).

Таблица 2.

Число «трудных» пациентов в разных отделениях больницы.

Отделение	Число «трудных пациентов»			
	Для врачей	Для медсестер	Для врачей или медсестер	Для врачей и медсестер
А	12	6	18	4 (22 %)
В	9	6	15	5 (33 %)
С	10	13	23	3 (13 %)
Д	5	9	14	2 (14 %)
Всего	36	34	70	14 (20 %)

Как видно из таблицы, показатели распространенности «трудных» пациентов в разных отделениях сильно различались между собой. Например, в отделении D врачи называли пациентов «трудными» примерно вдвое реже, чем врачи других отделений. А медсестры из отделения С, наоборот, более чем в два раза чаще давали такую оценку пациентам, по сравнению с медсестрами из отделений А и В.

При этом степень согласованности оценок врачей и медсестер в разных отделениях также сильно варьировала: она оказалась максимальной (33 %) в отделении В, а минимальной (13 %) – в отделении С.

В целом, для женских отделений (А и В) степень совпадения взглядов оказалась выше, чем для мужских (С и D).

Сопоставление групповых характеристик врачей и медсестер с полученными оценками показало, что участвовавшие в опросе медсестры женских отделений, не отличаясь по среднему возрасту от медсестер мужских отделений, более чем втрое превосходили их по среднему стажу работы в УОПБ (19 лет против 6 лет). В свою очередь, врачи женских отделений значительно превосходили коллег из мужских отделений и по среднему возрасту (32 года против 26), и по среднему стажу работы в УОПБ (6 лет против 3 лет).

Обсуждение и выводы. Полученные нами результаты носят сугубо предварительный характер, и поэтому однозначно их интерпретировать невозможно. Тем не менее, прежде всего, следует отметить следующий факт: хотя мы никоим образом не индуцировали участвовавших в опросе врачей и медсестер, выявленные показатели распространенности «трудных» пациентов оказались идентичными тем, что приводятся в мировой литературе – примерно 15 %.

Выявленные значительные расхождения в оценках пациентов между врачами-психиатрами и медсестрами отражают, по-видимому, прежде всего, различный характер их профессиональной деятельности. Действительно, диагностические сложности или сомнения, возникающие при подборе терапии, зачастую делающие пациентов «трудными» для врачей, не являются таковыми для медсестер. И, наоборот, трудности сестринского ухода не являются веским основанием для врачей считать тех или иных пациентов «трудными». Таким образом, «трудный» пациент – это, прежде всего, субъективное понятие.

Вместе с тем, уровень согласованности оценок врачей и медсестер, возможно, является важным показателем, отражающим качество межпрофессионального взаимодействия при оказании медицинской помощи. Особенно неправильными и непозволительными нам представляются ситуации, когда врачи выслушивают, но «не слышат» медсестер, докладывающих им о тех или иных проблемах, возникающих при уходе за пациентами (грубость, агрессивность, склонность к манипуляциям и т.п.). Так, например, в нашем исследовании два пациента были отмечены медсестрами, как «трудные» в связи с их агрессивностью – но они не стали «трудными» для врачей.

В заключение отметим, что для нас результаты данного пилотного исследования оказались интригующими и значительно интереснее всего того, что мы могли предполагать, начиная его. Поэтому оно обязательно будет продолжено.

Литература

1. Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatr Serv.* 2006; 57(6): 795-802.

ТЕЗИСЫ

Богатырева Н.Л.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ НАЗНАЧЕНИЯ АЛИМЕМАЗИНА ПРИ ТРЕВОЖНОЙ ДЕПРЕССИИ С РАССТРОЙСТВОМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

МСЧ МВД России по Удмуртской Республике, г. Ижевск

Данный клинический случай показывает эффективность комбинации селективного ингибитора обратного захвата серотонина (СИОЗС) + нейрорептик в амбулаторной практике лечения депрессии и коморбидных расстройств пищевого поведения непсихотического уровня.

Больная С., 38 лет, впервые обратилась к психиатру с жалобами на расстройство настроения и беспокойный сон, неясную тревогу, раздражительность, утомляемость к вечеру, беспокоившие в течение месяца. Связывала свое состояние с высокими нервно-психическими нагрузками на службе и в быту. Лечение амбулаторное с диагнозом: F48.9 Невротическое расстройство неуточненное – тетраметилтетраазабициклооктандион до 2 г/сут, гидроксизин до 50 мг/сут, витамины гр. В, общеукрепляющие средства, психотерапия. Состояние улучшилось в течение 2-3 недель, выработана относительно адаптивная стратегия совладания со стрессовой ситуацией.

Через 3 месяца в схожей стрессовой ситуации С. стала вновь отмечать нарастающую к вечеру тревожность, бессонницу, затем – состояния по типу приступов немотивированной тревоги в первой половине дня, сопровождавшиеся «жаром в теле», оставляющие за собой депрессивный фон настроения, чувство тоски и безысходности. Не обращалась к врачу, боясь социальных последствий, лечилась самостоятельно по описанной выше схеме – тревога постепенно редуцировалась, но развилась ангедония, тяготилась общением с людьми. Значительно повысился аппетит, особенно к вечеру, хотя суточных колебаний настроения не отмечала. Появилось ощущение, что «только прием пищи и приносит удовольствие, уверенность», и «было все равно, что именно съесть». «Ем перед телевизором еще и еще, не осознавая объемов». После обильной трапезы иногда вызывала рвоту. Попытки обходиться без пищи провоцировали развитие тоски и тревоги. Прибавка в весе составила 5 кг (исходный вес 55 кг, рост 165 см).

В течение 1 месяца болезни сформировалось чувство вины за неспособность «справиться с собой», страх ожирения, служебная стрессогенная ситуация перестала быть актуальной. Обратилась к врачу, лечение с диагнозом: F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство с симптомами нервной гиперорексии (булимии) – сертралин 50 мг, золпидем 10 мг, этилметилгидроксипиридина сукцинат, витамины гр. В, психотерапия. На 12-й день терапии отмечалось субъективное улучшение состояния, однако сохранялись симптомы расстройства пищевого поведения. Объективно сохранялись симптомы тревожной депрессии непсихотического уровня, высокий уровень личностной тревоги по шкале тревоги Спилбергера (Spilberger и соавт., 1961), субклинически выраженная депрессия по шкале HADS (Zigmond, Snaith, 1983).

В комплекс лечения включен алимемазин по схеме, начиная от 10 мг/сут. с ежедневным повышением суточной дозы на 5 мг до достижения 30 мг/сут в 3 приема. Терапия в комбинации СИОЗС (сертралин) + нейролептик (алимемазин) в течение 4 последующих недель показала высокую эффективность и хорошую переносимость, позволила купировать тревожно-депрессивную симптоматику и восстановить волевой контроль питания. В течение следующего месяца доза алимемазина постепенно медленно снижалась до 5 мг на ночь. Общая продолжительность курса лечения составила около 10 недель.

На контрольном осмотре через 1 мес. после окончания лечения С. отмечала значительное улучшение состояния, желание общаться, работать, способность контролировать питание, нормализацию аппетита и сна. Вес стабильный, 57 кг, не вызывает психологического дискомфорта. Контрольное тестирование подтверждает отсутствие клинически выраженной тревоги и депрессии. С учетом склонности к формированию тревожно-депрессивных реакций в анамнезе рекомендовано: общеукрепляющая терапия, курсы иглорефлексотерапии, психотерапии и обучение методам повышения личной устойчивости к стрессу.

Воскресенский Б.А.

ДУШЕВНОБОЛЬНОЙ-ВЕРУЮЩИЙ – ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ПСИХОТЕРАПИИ

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

В последние десятилетия в нашем обществе произошли коренные изменения духовной атмосферы, системы ценностей. Одно из направлений этих сдвигов – оживление религиозности.

Путь вхождения в Церковь часто бывает длителен и сложен. Изменившийся взгляд на мир и бытие, новые чувства, мысли, возникающие в ходе этого перерождения, иногда могут удивлять самого новообращенного, а у окружающих вызывать беспокойство за его психическое здоровье. Перед психиатром и психотерапевтом эта ситуация по-новому ставит вопрос о норме и патологии, об особенностях нервно-психических расстройств у душевнобольных-верующих, о целебно-психотерапевтическом (или, быть может, разрушительном для психики – такой подход чаще всего предполагается по отношению к так называемым деструктивным культам) воздействии веры (Борисова О.А., Копейко Г.И., Малевич Т.В., 2015, Пашковский 2006, Verhagen P. et al, 2010).

Нами психические расстройства рассматриваются с позиций трихотомии (дух-душа-тело), введенной в отечественную психиатрию Д.Е. Мелеховым (1991), взятой им из христианской антропологии. (Больных, принадлежащих именно к этому вероисповеданию, мы и будем иметь ввиду в настоящем сообщении. Клинически они оценивались как шизофренический и аффективный спектры).

«Духовное» – это сфера ценностей, это то, что человек ставит выше себя, ради чего он живет. Это компетенция священнослужителей, деятелей искусства, политиков, представителей силовых структур и т.д. Психиатрия специально сферой духовного не занимается. Психические расстройства разворачиваются в «душевном» (психические=душевные процессы – восприятие, мышление, воля, эмоции и др.). Тело – органы и системы органов в их взаимодействии и взаимосвязи, применительно к патологии это область соматической медицины. Такое понимание трихотомии – отличное от богословского – мы определяем, как клиническое (Б.А. Воскресенский, 1990-2016).

Психиатрическая квалификация психопатологических переживаний с религиозным содержанием принципиальных затруднений не вызывает. Но больными-верующими, их окружением они могут расцениваться как особый духовный опыт, сомнение в котором оказывается чуть ли не святотатством: «Вера же есть осуществление ожидаемого и уверенность в невидимом» (Евр. 11:1). Особые сложности могут возникать при явлениях психического автоматизма. Чтобы обосновать необходимость врачебной-психиатрической помощи, сформировать комплаентность, мы стремимся дать почувствовать пациенту болезненность самого этого переживания.

Первым шагом нередко становится фраза из поэта «Серебряного века» Владислава Ходасевича: «И чьи-то имена и цифры / Вонзаются в разъятый мозг...». «Вам понятно это ощущение?», – спрашиваем мы больного. И если он отвечает утвердительно, то обращаем его внимание на то, что нормальной, здоровой психике такое ощущение не свойственно, и у Вас – вновь обращаемся к пациенту – наверняка не бывало. Возникавшее ранее, до болезни молитвенное, литургическое переживание соучастия-сопричастности было лишено этой насильственности-непроизвольности-вторжения.

Затем обращаемся к Писанию. Бог никогда не вторгается насильно, напоминаем мы пациенту: «Се стою и стучу, если кто услышит голос Мой и *отворит дверь*, войду к нему...» (Откр. 3:20, выделено нами). Стало быть, это не Бог, а что-то иное – неестественное для взаимоотношений Бог-человек, болезненное переживание. Можно напомнить и другие библейские эпизоды.

Приведем собственный клинический пример. Одну из пациенток – человека до болезни глубоко религиозного – «внутренние голоса» заставляли раздавать бродягам и нищим свое имущество. Больная очень тяготилась этим. На провокационный, а по сути, диагностический вопрос – что же в этом порыве мучительного, ведь он очень христианский по своей цели, она отвечала – насильственность-тягостность самого этого переживания, его непроизвольность, «отделенность от Я».

В ситуациях, когда воздействие исходит от темных сил, которые, по мнению пациента, конечно и должны быть мучительны, разрушительны, мы продолжаем ту же диагностически-психотерапевтическую линию разговора – раз Бог не может вторгаться помимо воли, то силы зла тем более.

Такое обсуждение, конечно же, не разрушая бредовые построения, делает больного более доступным, податливым для дальнейшего сотрудничества. Но дискуссия на этом, как правило, не заканчивается, от пациента следует вопрос: «А как же опыт святых? Это тоже болезнь?». В ответ мы напоминаем пациенту о трихотомии, которая для каждого христианина самоочевидна и принимается без каких-либо сомнений. Она удостоверяет, что опыт святых кристаллизуется в сфере «духовного», болезненные переживания, характеризующиеся прежде всего чувством воздействия, – нарушения в «душевном».

Чтобы сделать трихотомию еще более достоверной, очевидной, подчеркиваем, что, душевные процессы – не условная конструкция, предложенная психологами, а реальность, хотя и неосязаемая, нематериальная. Это утверждение мы выводим из концепции «естественного семантического метаязыка» и «языковой модели человека» польского лингвиста А. Вежбицкой.

Стремление пациента разобраться в своем состоянии, по-видимому, не имеет пределов. «Может ли быть так, что истинный духовный опыт и болезненные-психопатологические переживания сочетаются?», – продолжает он дискуссию. В доступной для больного форме мы рассказываем о проведенном нами исследовании больных с расстройствами шизофренического спектра, считавших себя верующими, христианами. Группа сравнения – здоровые верующие. Использовался метод семантического дифференциала, позволяющий в определенном отношении оценить религиозные аспекты образа мира. Трихотомический принцип (в данном случае – соотношение веры=«духовного» и болезни=«душевного»), примененный по отношению к конкретным больным, обосновал разделение всего контингента на 3 группы: 1-ая – переживания с религиозной тематикой целиком и полностью оказываются проявлением болезни (многолетние галлюцинаторные «разговоры с Богом», «греховность вселенского масштаба», «божественное происхождение» и т. п.), 2-ая – больные, чья вера сформировалась до начала заболевания, но переживания религиозного плана вошли в картину болезни (приступа), 3-я – те, у которых вера и болезнь «не соприкасались». Результаты продемонстрировали различия в организации семантических полей по группам. Чем неблагоприятнее было течение заболевания, тем более дезорганизованным оказывался «религиозный образ мира». То есть и клинико-статистически удалось показать, что соотношения веры и болезни переменны, что переживания с религиозно-мистическим содержанием могут быть и собственно духовным опытом (его критерии психиатрия формулировать не в праве и не в силах), и/или могут оказаться (увы!) психопатологической симптоматикой.

Эти данные теоретически обосновали некоторые психотерапевтические рекомендации. Пациентам первой группы поддержание, культивирование религиозных переживаний не показано,

по крайней мере в период обострения заболевания. Во второй специальная деятельность, связанная с верой, церковной жизнью (к чему такие люди нередко стремятся) также нежелательна, но участие в деятельности общины на общих основаниях вполне возможно. Для третьей группы ограничений не ставится.

В ходе такой поэтапной беседы у больных нередко возникают вопросы, касающиеся мистических переживаний. Они тоже требуют конкретного, содержательного ответа. При исследовании клинических особенностей психопатологической ложной мистики было установлено, что у пациентов с более благоприятным течением заболевания зрительные галлюцинации представлены конкретными образами (лицо Бога, рука дьявола). По мере утяжеления процесса они теряют конкретность, становятся более символическими, многозначными по толкованию. Так пациенты с тенденцией к непрерывному течению заболевания чаще видели светящиеся шары, лучи света или тьму. Слуховые псевдогаллюцинации приобретали вычурную локализацию, исходили из неба, грудной клетки, «виртуального пространства».

Особый интерес представляет такое своеобразное проявление деперсонализации как восприятие (локализация) пациентом души. Большинство здоровых людей этим вопросом специально не задается. Пациенты с благоприятным течением заболевания также нередко затруднялись ответить на вопрос о местоположении души или располагали ее в грудной клетке. При утяжелении заболевания душа могла перемещаться, например, в солнечное сплетение. (Напомним, что первоначально человек локализовал свою психику в животе – омфалопсихика). В других случаях душа становилась «оболочкой» вокруг тела, путешествовала в пространстве и времени, душой наделялись планеты. По мере своего развития болезнь активизирует наиболее древние формы организации душевных процессов. Психиатрическое понимание подобных коллизий «духовного» и «душевного» сформулировано К. Ясперсом (1999. с. 155). Духовный же опыт как таковой не нуждается в соответствии реальности (Н.А. Бердяев, 1994, с. 27-28).

Религиозность как таковая разворачивается в совсем другом пространстве. Культурно-исторически этому могут соответствовать идеи реинкарнации и панпсихизма. Можно отметить и другие параллели между нормой и патологией. Так для некоторых духовных практик (например, исихазма) характерны безобразность переживаний, своеобразное изменение «Я»: «человек не остается *таким же*, но он остается *собою*» (С.С. Хоружий, выделено автором). Он же подчеркивает, что, несмотря на синергетическую сущность исихастского процесса, переживание внешнего воздействия при нем отсутствует.

Хотя психотерапевтически наполненным является любой момент общения с больным, психотерапевтические возможности веры раскрываются не в однократной беседе, а по ходу всего лечебного процесса. Они изучались на контингенте тех пациентов, у которых вера и болезнь разделены, по крайней мере в периоде вне приступа.

Лица, сознательно стремившиеся к полноте церковной жизни (независимо от реальной «продвинутости» в ней), констатировали благотворное воздействие личной веры на имеющуюся у них болезнь. Такая оценка имела место и при объективно утяжеляющемся заболевании (учащение приступов, нарастание продуктивной симптоматики – и на это специально обращалось внимание больных). Они «воспринимали болезнь как крест» и «это приносило им облегчение», а клинически проявлялось как более ответственное (критическое) отношение к лечению, недобровольные госпитализации сменялись плановыми, осуществлявшимися по инициативе самого пациента. Аккуратным, ответственным становился прием лекарств в домашних условиях, смягчались поведенческие расстройства, которые ранее были не следствием дурного воспитания, а несомненно являлись признаком болезни. Важно подчеркнуть, что в обсуждаемых наблюдениях депрессивные и выраженные апатические расстройства («несение креста» – это и этическая эмоция) отсутствовали.

Подобное отношение к болезни формировалось и формулировалось постепенно, это был своеобразный путь. Представляется правомерным рассматривать его как своеобразное проявление-усложнение рефлексии, способности смотреть на себя со стороны, в данном случае – глазами христианина. (Уместно вспомнить К.Г. Юнга: «Процесс психологического развития, который мы называем *христианским...*» выделено автором).

В тезисе «болезнь посылается за грехи» раскрываются, по нашему мнению, не столько универсальные истоки страдания, патологии, сколько результаты индивидуального, личностного означивания, осмысления элементов цепи жизнь-грех-болезнь. Говоря иначе, это должны быть не стенания о всеобщей греховности, не психологизаторские самоупреки больного в житейских промахах и ошибках, а его – больного – стремление (психотерапевтически-реабилитационно организуемое врачом) преодолеть болезнь. Обсуждая причины и смысл болезни, бывает уместно сослаться на Ин 9:3.

Не «болезнь делает нас лучше», а мы сами делаемся лучше и «делаем лучше нашу болезнь», наше окружение, наш мир, если идем путем христианина. Теперь больным по-иному оценивается, понимается все происшедшее и происходящее с ним: «И то, чего вообще не встретишь в церкви, теперь я видел через призму церкви» (И. Бродский). Именно в такой персонифицированной форме «духовное» (вера) осуществляет свое лечебно-реабилитационное воздействие. Безличностный лозунг («сходите в храм, поставьте свечку») бездейственен.

Итак, вера несет в себе значительный психотерапевтически-реабилитационный потенциал и тем самым оказывается в определенном отношении сильнее болезни.

Все эти, весьма специальные вопросы также могут затрагиваться – сугубо индивидуализированно – в ходе лечебно-диагностического взаимодействия с душевнобольным-верующим. Важнейший инструмент этой деятельности – трихотомия. Более того, мы считаем ее теоретико-методологической основой клинической психиатрии.

Герасимчук М.Ю.

БИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНОГО С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Жизнедеятельность любого живого организма подвержена ритмическим колебаниям. Zeitgeber – это агент среды (времязадатель, time-keeper), согласующий поведение организма с внешними ритмами, в том числе социальными (social zeitgeber).

Многочисленные исследования подтверждают, что стрессорные воздействия: работа в ночные смены, использование компьютера во время отдыха 30 и более часов в неделю, предшествуют развитию аффективных расстройств, влияя на течение и сроки наступления ремиссии.

Наиболее очевидным представляется ритм, скоординированный с суточной периодичностью вращения Земли. За последние годы в зарубежной литературе активное внимание уделяется изучению хронотипа индивидуума, который отражает его предпочтение по времени преимущественной физической и интеллектуальной активности; предполагается, что вечернее предпочтение в преморбиде, будучи тесно связанным с другими факторами риска предрасполагает к развитию депрессии. При всей актуальности тематики вопрос остается недостаточно изученным.

Цель: оценить роль биоритмологического статуса больного депрессией в течении заболевания

Материалы и методы. Выборка была сформирована из числа стационарных и амбулаторных больных, обратившихся в УКБ №3 Клинике психиатрии имени С.С. Корсакова (средний возраст 48±16 лет; 64 женщины, 36 мужчин). Все пациенты дали добровольное письменное согласие на участие в исследовании. Согласно критериям Международной классификации болезней (МКБ-10), состояния были верифицированы как депрессивный эпизод (F32) (ДЭ; n=27), рекуррентное депрессивное расстройство (F33) (РДР; n=53), депрессивный эпизод в рамках биполярного аффективного расстройства (F31; n=20) (БАР). Критерии исключения: состояние в рамках шизофрении, органического поражения ЦНС, болезней зависимости (алкоголизм, наркомания), декомпенсирующие заболевания внутренних органов, беременность или кормление грудью.

В среднем, возраст на период первого аффективного эпизода составил от 15 до 75 лет (38,06±14,94 лет), продолжительность заболевания от 1 месяца до 53 лет (6 [1,5; 13, 5]), за этот период больные перенесли от 0 до 25 эпизодов депрессии (3 [0; 6]).

Психическое состояние оценивалось с использованием клинико-психопатологического и психометрического методов с применением оценочных шкал: шкалы оценки депрессии Монтомгери-Асберга (MADRS), шкалы Гамильтона (HDRS-21). Определение хронотипа проводилось с помощью Опросника Morningness-Eveningness Questionnaire (MEQ). Статистический анализ данных осуществлялся в программе Statistica 13.

Результаты и их обсуждение. В исследуемой выборке распределение больных по хронотипу составило: 12 % (У), 58 % (П), 30 % (В). Среди женщин суммарный балл MEQ был выше (50 [43; 56,5]), чем среди мужчин (44,5 [37,5; 52]) ($p=0,026$).

Наследственная отягощенность в группе с вечерним хронотипом была выше как по аффективным расстройствам (реактивные депрессии, послеродовые депрессии, депрессии позднего возраста, установленный диагноз аффективного заболевания) (50 %) ($\chi^2=15,17$; $сс=2$, $p=0,0005$), так и по другим психическим заболеваниям (59 %) ($\chi^2=6,79$; $сс=2$, $p=0,01$).

Клинико-anamnestическая оценка показала, что для лиц с вечерним хронотипом, по сравнению с утренним и промежуточным, были характерны: более ранний возраст на момент обращения (42,73±16,04; 50,3±16,04 лет, $p=0,032$) и манифестации (30,43±12,9; 40,73±15,45 лет, $p=0,0013$), бо́льшая продолжительность заболевания (8 [3;14] и 5 [0,5; 13] лет, $p=0,032$), большее число перенесенных депрессивных эпизодов (4 [2;6] и 3 [0;6], $p>0,05$) и их средняя продолжительность в анамнезе (3 [2; 5] и 2 [2; 3,5], $p=0,018$).

Доля больных с вечерним типом при РДР была выше (44 %), чем при ДЭ (11 %) ($p<0,05$). Можно предположить, что, если с учетом склонности лиц старшего возраста к утреннему типу, данная закономерность сохранялась, вероятно, по мере хронификации заболевания происходит усложнение рассогласования эндогенных ритмов.

Выводы. Учет полученных в рамках настоящего исследования данных может способствовать улучшению качества медицинской помощи данной категории пациентов. Индивидуальный биоритмологический статус может быть использован для оценки риска развития аффективного заболевания, прогнозирования длительных и повторных госпитализаций, профилактических мероприятий (разработка графика работы, сна-бодрствования, приема лекарственных препаратов с учетом индивидуальных особенностей суточной активности больного; улучшение комплаентности).

Демурчева В.С., Кошкина И.В.

ОПЫТ РАБОТЫ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

ПНД № 9 Невского района, Санкт-Петербург

Основной целью работы полипрофессиональной бригады в условиях медико-реабилитационного отделения является реабилитация лиц с психическими заболеваниями, восстановление их личностного и социального статуса, интеграция их в общество. В составе бригады работают врач-психиатр, который координирует всю работу специалистов, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и социальный работник. Важнейшим условиям успешной организации деятельности бригады – тесное сотрудничество специалистов между собой, понимание каждым специалистом той части работы, которую выполняют остальные члены бригады. Для более четкой взаимной осведомленности по методам лечения и реабилитации в условиях отделения осуществляется еженедельное совещание специалистов бригады, где каждый специалист высказывает свое профессиональное мнение в отношении конкретного пациента, и по результатам совещания оформляется индивидуальный план реабилитации.

В плане реабилитации указываются терапевтические мишени (проблемы пациента) и возможные варианты их решения. Тактика работы специалистов не ограничена только работой с пациентом,

также активно поводится взаимодействие с его окружением. В отделение разработаны несколько программ психосоциальной реабилитации пациентов, направленных на восстановление утраченных в результате болезни когнитивных, эмоциональных, мотивационных ресурсов личности.

На примере клинического случая рассмотрим основные принципы работы полипрофессиональной бригады.

Пациент С., 20 лет: обратился с жалобами на быструю утомляемость, снижение концентрации внимания, неустойчивый сон, слабость.

Из анамнеза жизни: родился в Ленинграде, старший из двоих детей. Наследственность психопатологически отягощена: отец пациента имел выраженные шизоидные черты, предпринимал суицидную попытку в армии. Дядя пациента покончил с собой. Пациент родился от 1 беременности, 1 родов со стимуляцией. Рос и развивался согласно возрасту. После окончания 11 классов по настоянию матери поступил в политехнический университет по специальности материаловедение. Учёба не нравилась, подвергался насмешкам одноклассников, стал прогуливать занятия. С весны 2015 года не учился, не работал. Время проводил дома, ни с кем не общался. Проживает с матерью, отчимом, младшей сестрой и бабушкой. Отношения со всеми поддерживает формальные, теплых чувств ни к кому не испытывает.

Анамнез заболевания: в раннем детстве и начальных классах был достаточно активным и общительным ребенком, хорошо учился, посещал различные кружки. С 5-6 класса начались проблемы с коллективом, одноклассники начали посмеиваться над ним. Стал постепенно замыкаться в себе, уделял больше времени виртуальному общению, к старшим классам остался только один друг. С 10-11 класса стал меньше времени уделять учебе, «пропал интерес», стал много прогуливать, снизилась успеваемость. Вместо учебы сидел за компьютером, играл в онлайн-игру «Лига легенд». Учился только под наблюдением матери. Под давлением матери подал документы в Политехнический университет, сдал экзамены и поступил на факультет материаловедения. Весной 2015 года стал отмечать снижение концентрации внимания, невозможность сосредоточиться на чем-либо одном, а также отметил нарастание апатии, перестал посещать учебу, и был отчислен. Стал изучать «растафарианство». На фоне конфликтов с матерью перестал разговаривать со всеми окружающими на 4 месяца. По необходимости использовал только письменную речь. Причину объясняет так: «хотел посмотреть на реакцию окружающих, хотел проверить, смогу ли я продержаться». В этот же период наносил поверхностные самопорезы ножницами на внутреннюю поверхность предплечья с целью «испытать ощущения и боль». Изъясняться словами начал после того, как решил, что «надоело молчать». С 2015 года практически все время проводил дома, играл в компьютерные игры, увлекался 3D-моделированием, анимацией, но увлечения быстро проходили, т.к. считал «что это интересно, но кроме меня никому не нужно». Живое общение исключил практически полностью, общался только в социальных сетях и онлайн-играх: «Я везде аутсайдер, даже в онлайн». В течение полугода отмечал снижение активности, настроение «так себе». В марте 2015 года высказывал мысли о том, что все бессмысленно, лежал на кровати и думал: «Не хочу просыпаться, хочу исчезнуть», при этом суицидные мысли и намерения отрицал. После получения повестки из военкомата, по инициативе матери обратился в НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Согласился на госпитализацию, т.к. хотел «обследоваться для военкомата». Проходил стационарное лечение в течение месяца. После установления диагноза «Шизотипическое расстройство» был выписан с рекомендацией приёма арипипразола в дозе 0,0185 в сутки. Обратился в ПНД по месту жительства, был зачислен в дневной стационар. В течение двух месяцев посещал дневной стационар, получал терапию арипипразолом 0,015 утром; стабилизировалось настроение, сон стал стабильнее, однако сохранялась стойкая астено-апатическая симптоматика.

Для реабилитации был переведен в медико-реабилитационное отделение с диагнозом: Шизотипическое расстройство личности. При поступлении в отделение обращал на себя внимание внешним видом: волосы заплетены в дреды, в ушах металлические кольца, неопрятный. Мышление паралогичное, резонерское. Настроение неустойчивое с тенденцией к снижению, эмоционально тускл. Критика к состоянию носила соглашательный характер.

В отделении на совещании полипрофессиональной бригады основными мишенями для дальнейшей работы были определены выраженная апатия, эмоционально-личностный тип реагирования со склонностью к депрессивным реакциям, аутизация пациента, отсутствие конструктивных отношений с родителями (отсутствие контакта и понимания состояния пациента со стороны родителей). Были учтены ресурсы пациента: молодой возраст, сохранный интеллект, потребность в поддержке.

По результатам совещания был составлен план реабилитационных мероприятий:

- фармакотерапия (арипипразол был постепенно заменен стимулирующей дозировкой сульпирида 0,2 в сутки);
- индивидуальная психотерапия для эмоциональной и социальной стимуляции пациента, редукции тревоги;
- групповая психотерапия – коммуникативный тренинг, психодинамическая группа, тренинг командообразования для стимуляции коммуникации и улучшения навыка общения;
- психообразовательная группа для формирования адекватной внутренней картины болезни, улучшения комплайентности, дестигматизации;
- терапия занятостью – спортивные мероприятия, социо-культурные мероприятия, музыкальные занятия для социализации и социальной стимуляции.

Пациент посещал медико-реабилитационное отделение в течение 12 месяцев. По результатам проведенных мероприятий сформирована критика к состоянию. Постепенно в процессе работы пациент смог формулировать свой запрос на проработку личного опыта болезни, стал взаимодействовать с другими участниками группы, хотя первое время дозировал и ограничивал степень самораскрытия. Также бригаде удалось сформировать адекватную самооценку, урегулировать взаимодействие с родителями, снизить уровень тревоги во внутрисемейной системе. Пациент стал активно участвовать в групповой терапии, выполнял задания тренингов, постепенно стал активно общаться с другими пациентами, освоил техники осознанности, научился совладать с тревогой.

Социальной службой отделения была поведена работа по формированию мотивации на учебу, пациент успешно поступил в колледж по специальности «программирование», где успешно учится по настоящее время.

Таким образом, пациенты различных нозологий в рамках одного отделения могут получить комплексную помощь. Разработанные психосоциальные программы способствуют эмоциональной и социальной активации пациентов, повышают мотивацию пациентов к учебе и труду, формируют новые ценностные ориентиры в жизни, повышают самооценку.

Ермилов О.В., Третьяков А.Ю., Ромасенко Л.В., Захарченко С.П., Шиленок В.Н.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНСУЛИНЕМИИ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород,

НМИЦПН им. В.П. Сербского, Москва,

Курская ГKB скорой медицинской помощи, г. Курск

Цель исследования. Определить уровень секреции инсулина и рассчитать индексы инсулинорезистентности (ИР).

Методы. Исследование уровней инсулина и С-пептида в крови, расчет индекса ИР -НОМА-ИР.

Результаты. В работе с целью уточнения механизмов формирования и течения сахарного диабета 2 типа (СД2) в когорте психически больных определены уровни глюкозы, С-пептида (СП), инсулина в плазме крови.

В группу исследования вошли 22 больных психиатрического стационара с установленным ранее диагнозом СД2, из которых 8 мужчин, 14 женщин. В группу контроля были включены 38 человек соматического стационара также с ранее установленным диагнозом СД2, из которых 16 мужчин, 22 женщины.

Важным свойством психиатрической выборки, вне зависимости от гендерных свойств, является существенно более низкие уровни инсулинемии ($p=0,046$), в меньшей степени С-пептида ($p=0,067$), указывающие на уменьшение секреции гормона у больных шизофренией. В свою очередь, значения выраженности ИР, по критерию HOMA-IR, здесь значительно уступали показателям у психически здоровых лиц с СД2 ($p=0.016$).

Выводы. Установлено, что относительно более высокая встречаемость нарушений углеводного обмена в психиатрической группе, при условии минимальной практики лечения атипичными нейролептиками, характеризуется снижением концентрации инсулина и С-пептида, меньшими значениями ИР по критерию HOMA-IR в сопоставлении с контрольными показателями. Таким образом, среди условий нарушения углеводного обмена и СД у больных шизофренией, не использующих в терапии атипичные нейролептики, значатся механизмы, формирующие гипоинсулинемию, при меньшем, чем среди психически здоровых лиц с СД2, уровне ИР.

Журавлев Я.С., Филиппов А.П.

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ПАЦИЕНТОВ В ПСИХИАТРИИ (ОБЗОР, КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Оренбургская ОКПБ № 2, Оренбург

Наш обзор посвящен обследованию душевнобольных, точнее, первичному врачебному обследованию, если еще точнее, – обследованию телесному (соматическому). Интерес в данном вопросе вызван не столько общепсихиатрической работой, сколько принудительным лечением и проведением психиатрических экспертиз (судебных, военных, медико-социальных) на протяжении двадцати лет. Таким образом, представленное сообщение содержит не только изложение и отсылки к литературным источникам, но и ряд клинических наблюдений.

Клиническое психиатрическое обследование состоит из расспроса и наблюдения. Своеобразие испытуемых (установочное поведение с безосновательным предъявлением или усилением имеющихся болезненных проявлений) ставит под сомнение данные, полученные с помощью расспроса. На соматические особенности при психическом неблагополучии, указывали многие как отечественные, так и зарубежные исследователи (Kraepelin E., 1883, Сикорский И.А., 1890, Kretschmer E., 1921).

В силу сказанного, клиническое обследование испытуемых заставляет больше сил уделять наблюдению и осмотру.

Разумеется, в работе врачей-психиатров главное – душевное состояние больного, а признаки телесные – всего лишь дополнение. Но иногда, в силу различных обстоятельств, разговорить обследуемого непросто. Особенно если его неприязненный настрой оставляет все ваши попытки без ответа. В данном случае вам помогут телесные признаки его состояния, его личностных особенностей. Больному будет сложно выглядеть правдивым и при этом продолжать говорить «нет» при расспросе о резаных предплечьях.

Морозов Г.В. и Шумский Н.Г. (1998) указывали на огромное значение соматического обследования в психиатрической больнице: «Физическое (соматическое) обследование поступившего в стационар больного вначале производится самим психиатром. Оно начинается с общего осмотра всего тела больного. В целом осмотр мало отличается от такового, производимого в клинике внутренних болезней. Некоторое отличие состоит, пожалуй, в более внимательном исследовании всей поверхности кожи больного. Здесь могут быть обнаружены кровоподтеки и следы различных повреждений, в том числе порезов, имеющих разную давность, что и необходимо отметить. Следует описать расположение и некоторые особенности татуировки, если она имеется. Осмотр шеи позволяет обнаружить следы странгуляционной борозды. Всегда следует осмотреть голову больного – не только кожу лица, но и кожу волосистой части, а также язык и слизистую полости рта (рубцы,

наличие следов прикусов). Следует обратить внимание на состояние костной системы. Это позволяет обнаружить скрытые их повреждения (переломы). Если есть возможность, по ходу исследования выясняют причины обнаруженных симптомов, если такой возможности нет, необходимые данные получают от близких больного или от медицинского персонала, имевшего с больным дело до его поступления в стационар».

На наш взгляд, в приведенном отрывке недостает снятия телесных размеров (антропометрии), которое нашло повседневное применение в психиатрической генетике, сексологии, детской психиатрии и психоэндокринологии.

Мы находим массу симптомов и синдромов, описывающих особенности внешности психически нездоровых людей. В дополнение к сказанному выборочно приведём признаки психиатрических состояний и болезней, включающие в себя или целиком состоящие из соматических (телесных) проявлений из «Толкового словаря психиатрических терминов» В.М. Блейхера и И.В. Крук (1996): симптом Чижана, симптом волоса, симптом сального лица (симптом Рейхардта 2), синдром Протопопова, синдром вазомоторный, синдром проклятья Ундины, синдром Шихена, симптом Эпштейна, складка Верагута, поперечная (обезьянья) ладонная складка.

Говоря о кожных складках, нельзя не затронуть видимые кожные складки и борозды, отражающие избыточную работу лицевых мышц. Несколько слов о *морщинах*. Для нас, наиболее значимы *поверхностные морщины покоя*, именно они, наблюдаемые в расслабленном состоянии и порожденные лицевой мышечной работой, лучше всего отражают преобладающие чувства.

В настоящее время физиогномика научной отраслью не является. Однако, «многие наблюдения «старых» физиогномистов подтверждены современными исследователями экспрессивных актов, связанных с различными эмоциями (Izard С.Е., 1999, Жмуров В.А., 2002).

При нарушении пищевого поведения при болезненном похудении (нервной анорексии) «у больных, вызывающих рвоту, часто выявляются участки оmozолелостей на коже пальцев (обычно указательных и средних). Под влиянием кислого содержимого желудка в условиях привычной рвоты уже на ранних этапах нервной анорексии происходит разрушение зубной эмали» (Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., 2008).

Особое внимание стоит обратить на повреждения. Большинство значимых для психиатрии повреждений больные и испытуемые наносят себе сами. Наносят целенаправленно, вследствие этого, их можно назвать самоповреждениями. Однако, это самое широкое понятие самоповреждений не стоит смешивать с определением, используемым судебными психологами (если для психиатра самоповреждением будет считаться навязчивое или неодолимое выдергивание волос – трихотилломания, то самоповреждение для судебных психологов – вырванный глаз или проглоченная проволока).

«Самоповреждения (членовредительство) – акт агрессивного поведения, направленный на самого себя (аутоагрессия) и опасный по своим последствиям для здоровья человека» (Пирожков В.Ф., 2007).

Самокалечение (членовредительство) – разновидность аутоагрессивных поступков (к которому прибегают осужденные). Оно не всегда является следствием только нервно-психических нарушений (вот почему каждого аутоагрессанта необходимо консультировать с психиатром). Нередко врачи прослеживают способы подготовки к самокалечению, что говорит о сознательно осуществляемых действиях, преследующих четко зафиксированные цели и побуждаемые устойчивыми мотивами» (Волков В.Н., 1989).

В ИТУ встречаются, в основном, следующие виды самоповреждений: повреждение кожных покровов и легко доступных органов (порезы кожи, засыпание глаз химическими веществами, битым стеклом, вбивание острых предметов в стопы, кисти, переломы конечностей); повреждение внутренних органов путем проглатывания мягких (в том числе и на держалке) и твердых инородных тел (в том числе с «антеннами» или «якорями»), введение твердых предметов (гвоздей, проволоки, электродов, игл) в пищевод, желудок, мочевого пузыря, плевральные полости и синусы, органы дыхания и брюшной полости; комбинированные повреждения внутренних и наружных органов (вскрытие вен, подкожное введение воздуха, зубного налета или технических масел и т.д.)».

Среди членовредительств отмечен прием ядовитых смесей, способных вызвать ожоги желудка (можно выдать за язвенную болезнь), вдыхание сахарной пудры или введение в легкое слабой кислоты из химического пенного огнетушителя (вызывание картины туберкулеза), проглатывание сала, мяса, рыбы, выдержанных на солнце (до порчи) и опускаемых в пищевод на нитке, прикрепленной к зубу (вызывание желтухи), проглатывание кусочка мыла и раздирание области ануса ногтями (картина дизентерии) – все это случаи предъявления признаков несуществующей болезни. Более целесообразным отнесение этих самоповреждающих деяний к притворству (симуляции). (Пирожков В.Ф., 2007).

В работе с подэкспертный, или лицами, пребывающими на принудительном лечении мы встречали и тех, кто вполне осознанно ломал себе кости конечностей. «Перелом конечностей производится с учетом данных анатомии, приемов обезболивания и выдается за несчастный случай, производственную, спортивную или бытовую травму. Чаще всего перелому подвергается левая рука у правши и правая у левши, если перелом сделан без помощи товарищей. Если же в этой процедуре участвовал посторонний, то обычно ломают левую руку. В зависимости от положения руки при переломе ломаются одна или две кости.

Авторам пришлось беседовать с подростком, который несколько раз ломал себе руку. На вопрос: «Страшно ли ломать руку? Испытываете ли вы боль при этом?» – он ответил: «Нисколько не страшно. Только услышишь хруст ломаемой кости. Важно хорошо перетянуть руку вафельным мокрым полотенцем и дать ему высохнуть, чтобы сильнее стянуло руку. Тогда совсем не больно. Чтобы не было синяков, можно подложить что-то мягкое или надеть фуфайку. Для перелома пригодятся железный прут или кирпич. Все очень просто». На вопрос, а стоит ли наносить вред своему здоровью, он ответил: «Вреда здесь значительного нет, ведь внутренние органы не затрагиваются. Я не приемлю, когда у меня кто-то стал бы ковыряться в желудке, или вызов нарывов. Здесь же чисто механические повреждения. А польза большая. Как минимум два месяца не работаю и не учусь, сижу на больничном питании, общаюсь с культурными и интеллигентными людьми (врачами и медсестрами). И время идет быстрее».

Отдельно о больном общего отделения, страдавшего шизофренией. В нашей больнице Н. был знаменитостью. В основе – сочетание кататонической шизофрении, огромной силы и преступных ценностей. Неоднократные принудительные госпитализации, побеги, внутренние нарушения распорядка, вырывание труб водоснабжения и подъемы вместе с кроватью, при том, что он был к ней привязан – примерный перечень его злодеяний. Захват заложников в экспертном отделении стражного типа тоже его рук дело. Глотал он многое: и зажигалки и части зубных щеток. Последние два раза обратил внимание на крючки, из которых была составлена коечная сетка. Пояснений своим поступкам не давал. Второй раз спасти не удалось.

Рубцы от самопорезов. «Резаные и колотые раны наносятся в область рук, груди, живота и реже – ног. Особенно часто встречается из этой группы самоповреждений вскрытие вен на запястье. С этой целью используются ножи, различные заточки, осколки бутылок, оконное стекло, которое всегда «под руками», и т.п. Вскрытие вен встречается чаще как реакция протеста против притеснений несовершеннолетнего администрацией или сокамерниками, членами криминального сообщества. Любят несовершеннолетние также наносить резаные раны в области живота, разрезая кожу и подкожный слой».

Место расположения. Место увечья свидетельствует о силе намерений и чувственной охваченности. Встречались следы над сердцем, на шее, передней брюшной стенке, руках и ногах. Чаще всего – рубцы на предплечьях.

Самоповреждения жизненно важных мест во всех случаях были итогом острого помешательства или тяжелой подавленности. Самым запоминающимся был больной, впоследствии принудчик, убивший свою жену, затем порезавший руки и ноги, и ударивший себя ножом в сердце. Последний случай годовалой давности – больной, решившийся «избавиться от гнета голосов» (с его слов) и ударивший себя ножом в живот. Яркий «книжный» пример с чувствительными особенностями у депрессивных больных. Одно из проявлений подавленности – пониженная чувствительность (гипестезия), которая может быть представлена пониженной или отсутствующей болевой чувствительностью

(гип- или аналгезией), «...очень часто при тяжелой деперсонализации наблюдается аналгезия, которая позволяет спокойно наносить себе тяжелые раны. Так, один больной буквально перепилил себе артерию маленьким заржавленным куском бритвы, другой на глазах ничего не подозревающего санитаря пробуровил себе под одеялом огрызком карандаша кожу, межреберные мышцы и перикард. Лишь наступившая вследствие потери крови бледность позволила обнаружить рану, так как все это время он сохранял спокойное выражение лица» (Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., 1988).

Если говорить о «вскрытых венах», то это в большинстве своем – порезы рук. Существенно реже мы наблюдали порезы шеи и ног. Это не сопоставимо с тем множеством призывников, судебных испытуемых, принудчиков и больных, у которых мы осматривали «расписные» предплечья.

Самые «страшные» разрезы, разрезы над крупными сосудами. Это лучезапястный сгиб ближе к большому пальцу – место прохождения лучевой артерии и локтевой сгиб – поверхностное расположение локтевой вены.

У одного обследуемого зрелого мужчины были множественные тонкие рубцы мышечной части левого предплечья (в области плечелучевой мышцы и длинного разгибателя запястья). Он пояснил их «закалкой духа», являвшейся частью подготовки единоборца, получаемой в юности под руководством опытного наставника («Наносили себе порезы для того, чтобы научиться преодолевать инстинкт самосохранения. Это очень важно в бою. Это для того, чтобы, не опасаясь за свою жизнь, идти навстречу опасности. Иногда только так можно сохранить жизнь»).

Не всегда порезы предплечий подразумевают истинное или показное расставание с жизнью. При осмотре молодого человека с органическим расстройством личности наше внимание привлекли множественные рубцы на его предплечьях. Они были разной давности, и их было очень много, местами между рубцами даже не просматривалась неповрежденная кожа. Он сразу завладел моим любопытством тем, что охотно и подробно рассказывал о самопорезах. «Я еще в школе очень злым был. Иногда так накачивало, что хоть топись. Впервые в последнем классе попробовал. После ссоры с родителями спрятался на чердаке и порезался. От злости на самого себя. Полегчало. Несколько раз так делал. Потом посадили. У хозяина почти всю кровь оставил. Нет, мыслей о самоубийстве никогда не было. Как только свою кровь увижу – успокаиваюсь. От количества крови не зависит. Важно чикнуть, и чтоб она потекла. Да, можно и так сказать: режусь, чтобы успокоиться. Лекарства так не успокаивают. Пробовал – не то – постоянно сплю, для меня порезы лучше...».

Сходную картину имеет синдром де Фержалль Ластени. Наблюдается у психопатических личностей и проявляется в тенденции искусственно вызывать у себя кровотечения или препятствовать их остановке. В итоге – гипохромная анемия. Название дано по имени героини романа Барбе д Оревийи «Повесть без заглавия».

Встречается различное направление рубцов. Исключительно продольные рубцы на предплечьях встречал трижды. Чаще встречались случаи сочетания продольных и поперечных, при явном преобладании последних. Однажды на заре экспертной деятельности видел испытуемого с множественными двусторонними достаточно глубокими порезами (с повреждением сухожилий). Порезы были поперечными, продольными и косыми. Внутренняя поверхность предплечий представляла собой кровавое месиво. Такой безнадежной картины более не встречали. Принимавший его опытный судебный психиатр предварительно выставил испытуемому «симулятивное поведение» и поместил в одиночную палату. На утро его нашли повешенным на решетке окна. В ходе последующего разбирательства, врач настаивал на том, что не видел у него признаков психического расстройства. Скрывают рубцы длинными рукавами, повязками (от марлевых бинтов до фенечек) и рисунками. Прибегают и к различным (чаще ложным) сторонним свидетельствам. Особенно это заметно на выездных осмотрах призывников. В последнее время служить хотят. Военская служба расширяет дальнейшие возможности по учебе и трудоустройству. А следы от порезов – это то, что не спрячешь, поэтому идут другим путем – представляют их производственными или случайными.

Самоповреждение (членовредительство) встречается не только у здоровых субъектов (самостояние по религиозным причинам с целью смирения плоти – флагеллантизм *(от лат. «избиение»)*), членовредительство из корыстных соображений), но также у пациентов с психическими отклонениями. Так, больной с явлениями деперсонализации (телесной анестезией) сжег в печи

кисти обеих рук, надеясь тем самым «почувствовать себя». У пациентов, находящихся на грани распада личности, встречается иногда совершенно немотивированное влечение к членовредительству. Нам известен случай, когда больной с шизофренической деменцией, пользуясь малейшей возможностью свободы действий, повредил себе обе барабанные перепонки, сделал энуклеацию обоих глазных яблок (пальцем!), пытался вскрыть вены, травмировал себе носовые ходы и гениталии. Другой пациент разбил оконное стекло, его осколками нанес через верхние веки раны обоим глазам, разрезал брюшную стенку и отрезал часть выпавшего кишечника. В данном случае наблюдалось психотическое состояние после запоя, так что сказать, на кого была направлена агрессия, трудно. Еще один пациент считал, что «заражал» окружающих «сифилисом». После 2-х неудачных суицидных попыток, он, чтобы «отомстить себе» и более никого «не заражать», отрезал себе половой член и половину мошонки» (Жмуров В.А., 2002).

Все указанное, включая многочисленные клинические примеры, которые мы постарались в значительно сокращенном виде здесь представить, не оставляет, на наш взгляд сомнений в необходимости дальнейшего изучения, описания, и систематизации накопленных знаний и наблюдений в целях улучшения качества диагностики психических расстройств и, конечно же, помощи нашим пациентам.

Задорожная О.В.

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность. Наличие сопутствующей соматической патологии у пациентов, страдающих шизофренией, является существенным фактором, осложняющим подбор терапии на стационарном этапе, обуславливающим необходимость дополнительного обследования, а, в дальнейшем, затрудняющим реабилитацию данной категории больных. Согласно данным проведенных в последние годы исследований пациенты с шизофренией, достоверно чаще страдают рядом соматических заболеваний (Тюркина Т.А., 2010; Vial-Cholley E., 2010). К таким заболеваниям в частности относятся вирусные гепатиты В и С, представляющие на сегодняшний день серьезную медико-биологическую и социальную проблему (Campos L.N., Guimaraes M.D., Carmo R.A. et al, 2008; Chiu Y.L., Lin H.C., Kao N.W., et al, 2017; Bauer-Staeb C., Jørgensen L., Lewis G., et al, 2017). Влияние хронического вирусного гепатита на качество жизни и уровень социально-трудовой адаптации больных шизофренией является актуальной проблемой.

Цель. Изучение социальной адаптации и качества жизни пациентов с шизофренией, страдающих хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы. В основную клиническую группу было включено 112 пациентов, поступивших в стационар Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова (г. Омск) в период с 2009 по 2011 гг. с достоверно верифицированными на основании критериев МКБ 10 диагнозами параноидной и приступообразной шизофрении (F20.0; F25.), имеющих хронический вирусный гепатит В, С, либо микст-гепатит (В+С). Группу сравнения составили 52 пациента с параноидной либо приступообразной формами шизофрении без сопутствующего поражения печени вирусной этиологии.

В качестве методов исследования применялись клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, клиничко-катамнестический методы. Кроме того, использовались психометрический, клиничко-лабораторные, статистические методы. Нами применялись «Шкала побочных эффектов» UKU и «Шкала продуктивных и негативных симптомов шизофрении» PANSS. Для оценки качества жизни больных применялся опросник, разработанный С.Ю. Масловским и В.Л. Козловским (2009) в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева на базе известных инструментов ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ. При изучении адаптации больных

использовались методики, разработанные в ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (Г.В. Логвинович, А.В. Семке, 1992, 1995).

Результаты и их обсуждение. Из 112 участников исследования, вошедших в основную группу, 51,0 % составляли женщины ($n = 57$), 49,0 % – мужчины ($n = 55$). Средний возраст $38,6 \pm 10,2$ года. Длительность психического заболевания в среднем составила $12,6 \pm 8,5$ года. В группе сравнения из 52 участников 54,0 % составляли женщины ($n = 28$), 46 % – мужчины ($n = 24$). Средний возраст $40,53 \pm 13,01$ года. Длительность психического заболевания в среднем составила $12,5 \pm 10,1$ года. В основной группе было выявлено преобладание вирусного гепатита С (77 %). Гепатит В имели 17 % пациентов. Меньший удельный вес пришелся на сочетанную форму (6 %).

В соответствии с классификацией, предложенной А.В. Семке и Ю.Л. Мальцевой (2009), типы социально-трудовой адаптации пациентов были объединены нами в два варианта: относительно благоприятный и относительно неблагоприятный. К относительно благоприятному варианту социально-трудовой адаптации были отнесены интегративный и экстравертный типы. К относительно неблагоприятному – деструктивный и интравертный типы адаптации.

Относительно благоприятный вариант социально-трудовой адаптации был выявлен у 21 пациента (18,7 %) в основной группе и у 21 пациента (40,4 %) в группе сравнения. Относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой адаптации выявлен у 91 пациента (81,3 %) в основной группе и у 31 пациента (59,6 %) в группе сравнения. При сравнении двух исследуемых групп по соотношению относительно благоприятного и относительно неблагоприятного типов социально-трудовой адаптации с использованием критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые различия ($U = 2257$; $Z = 2,31$; $p = 0,008$). В основной группе достоверно чаще выявлялся относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой адаптации.

У большинства больных, имеющих интегративный тип адаптации, психическое заболевание дебютировало в возрасте от 21 до 29 лет. Длительность заболевания у большинства не превышает 5 лет. Все пациенты продолжали работать или учиться, чему способствует неглубокий уровень негативных расстройств. О сохранении критического отношения к себе и своему заболеванию свидетельствует то, что у 33,4 % больных с сопутствующим вирусным гепатитом выявлен адекватный тип реакции на наличие сопутствующего заболевания.

В группе больных с экстравертным типом адаптации при большей средней длительности психического заболевания ($10,77 \pm 9,30$) в группе сравнения наблюдалось меньшее среднее кол-во госпитализаций ($4,38 \pm 2,53$ и $5,11 \pm 3,89$ соответственно). При анализе показателей качества жизни обращал на себя внимание тот факт, что пациенты с вирусным гепатитом, имеющие экстравертный тип адаптации, демонстрировали более высокие показатели качества жизни, чем больные группы сравнения, что может свидетельствовать о недостаточном уровне критики у данной группы больных.

Пациенты с шизофренией и сопутствующим хроническим вирусным гепатитом, отнесенные к деструктивному типу адаптации имели самые высокие показатели по шкале негативных и общих психопатологических синдромов, как при поступлении в стационар, так и при выписке. Кроме того, у пациентов с данным типом адаптации отмечался самый ранний возраст начала заболевания (в среднем $25,19 \pm 9,45$ лет), наибольший средний возраст ($41,32 \pm 10,62$) и длительность заболевания ($16,13 \pm 7,69$). У 8 больных (11,1 %) наблюдался феномен отражения имеющихся нежелательных лекарственных реакций в психотической симптоматике. Следует отметить, что лишь пациенты группы сравнения с деструктивным типом адаптации демонстрировали статистически значимое снижение негативной симптоматики (по шкале PANSS) за период лечения. Во всех остальных группах больных уменьшение величины среднего балла по шкале негативных симптомов носило лишь характер тенденции.

У больных с интравертным типом адаптации можно отметить следующие особенности: средний возраст дебюта психического заболевания в группе сравнения ($29,80 \pm 11,43$) был несколько выше, чем в основной группе ($27,26 \pm 8,37$), в структуре психопатологических синдромов в основной группе лидировал психопатоподобный синдром (31,6 %). У пациентов с интравертным типом адаптации отмечалось достоверное снижение общих баллов по шкалам продуктивных и общих симптомов на фоне проводимого лечения, как в основной группе ($p < 0,01$), так и в группе сравнения ($p < 0,001$).

При сравнении показателей качества жизни пациентов двух исследуемых групп с использованием критерия Манна-Уитни были выявлены статистически значимые различия по субсферам «способность выполнять повседневные дела» ($U=2233,0$; $Z=-2,4$; $p=0,02$) и «личные отношения» ($U=2338,0$; $Z=-2,03$; $p=0,04$). Данные показатели были достоверно ниже у пациентов, страдающих шизофренией, в сочетании с хроническим вирусным гепатитом.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволяют говорить о том, что пациенты, страдающие шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, имеют достоверно более низкий уровень социально-трудовой адаптации и показатели качества жизни в сравнении с пациентами без сопутствующей патологии.

Захарова М.В., Потехина Е.Ф., Худяков А.В., Шуненков Д.А.

ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ: ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ИЛИ ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО?

ОКПБ «Богородское», Ивановская область,
Ивановский государственный университет, г. Иваново

Дифференциальная диагностика шизоидного расстройства личности и шизотипического расстройства зачастую представляет собой сложную проблему, особенно в тех случаях, когда в клинической картине преобладают расстройства личностного регистра. Обычно в этом случае помогает анализ симптоматики в динамике. Однако в молодом возрасте этот подход не всегда дает результаты, поскольку расстройство личности проходит этапы формирования и целостная его картина может проявиться только к периоду позднего пубертата. Шизотипическое расстройство также может начаться достаточно рано и дебютировать в том же возрасте. Кроме того, структурные расстройства мышления часто отсутствуют, а именно они являются наиболее надежными дифференциально-диагностическими признаками. В качестве примера приводится подобный случай.

Пациентка Анна, 1998 года рождения (19 лет). Анамнез (со слов пациентки и ее родителей). Наследственность психопатологически не отягощена. Отец, 45 лет, водитель, образование среднее техническое, по характеру вспыльчивый, импульсивный, страдает алкоголизмом (кодировался). Мать, 45 лет, образование среднее специальное, экономическое, работает продавцом. По характеру уравновешенная, характеризует себя как заботливую и мягкую мать, которая «может и приструнить, если нужно». Пациентка родилась и воспитывалась в полной семье, старшей из двух детей (есть сестра 9 лет). Беременность и роды у матери протекали благополучно, родилась в срок, естественным путем. Рост при рождении – 53 см, вес 3,650 кг. В психомоторном развитии от сверстниц не отставала, развивалась своевременно. Детский сад посещала с 2 до 6 лет, адаптировалась долго, часто плакала, по рекомендации педиатра родители давали ей препараты валерианы. Время проводила преимущественно дома, много рисовала. По характеру с детства застенчивая, робкая, избегала конфликтов. Трудно сближается с людьми. В детстве имела только одну подругу. В школу пошла своевременно с 7 лет. В начальной школе училась хорошо, была послушной, дисциплину не нарушала, помогала в оформлении стенгазеты, классный руководитель ее ставила в пример. Испытывала трудности при необходимости ответа у доски перед классом, отмечала дрожание голоса и рук. При посещении детского лагеря после 3 класса отмечала очень сильную тоску по дому, друзей среди сверстников не нашла, держалась одиноко, от дальнейшего посещения детского лагеря отказалась. По инициативе матери два года училась без желания в музыкальной школе по классу скрипки. Начала заниматься в спортивной школе плаванием, но однажды девочка, которая плыла за пациенткой, стала тонуть, схватилась за нее и обе чуть не утонули, после этого случая появился страх плавать в бассейне, пришлось оставить занятия. Увлекалась рисованием, училась с 9 лет в художественной школе при художественном училище. Когда девочке было 11 лет, родилась ее сестра, родители стали уделять ей меньше времени и чаще применять физическое наказание,

что вызывало ее резко отрицательную реакцию. Например, если родители ограничивали ее в длительности занятий за компьютером (там просматривала только события, общалась), то пациентка могла «устроить истерику», биться головой о шкаф. Отношения с родителями в настоящее время нейтральные, старается с ними мало общаться, с младшей сестрой отношения также характеризует, как нейтральные, хотя отмечает, что есть чувство зависти и ненависти по отношению к ней. В 15 лет занималась аджилити (кинологическим спортом) 2 года, данное увлечение приносило удовольствие, но пришлось прекратить из-за финансовых трудностей. До 8 класса училась на «4» и «5», т.к. чувствовала строгий контроль со стороны родителей, в 8 классе почувствовала, что родители и учителя стали менее требовательны, ленилась учить уроки, успеваемость снизилась до «4» и «3», классы не дублировала. Менструации начались с 13 лет, регулярные. С 7 класса стала отмечать плохое к себе отношение со стороны одноклассников, «была аутсайдером». С 8 класса одноклассники стали смеяться, издеваться над ней, учителям и родителям не жаловалась, часто пропускала занятия. После окончания 9 класса не знала, кем хочет быть, поэтому перешла в 10 класс, но потом забрала документы и поступила в художественное училище. Перестала посещать занятия после 2 курса, но по документам еще числится учащейся. Отказ от дальнейшего обучения объясняет особенностями программы: очень много времени уделялось классическому искусству, не преподавалось того, что ей хотелось. В настоящее время не работает, живет на средства молодого человека, с которым встречается, а также родителей. Отношения с родителями в настоящее время нейтральные, старается с ними мало общаться, с младшей сестрой отношения также характеризует, как нейтральные, хотя отмечает, что есть чувство зависти и ненависти по отношению к ней. В 18 лет сбежала от родителей к молодому человеку, с которым прожила около года. Отношения с ним сначала были хорошие, нравилось то, что он – вегетарианец, как и она, потом стали раздражать друг друга, постоянно случались ссоры по бытовым вопросам, но не уходила от него, т.к. идти было некуда. В настоящее время встречается с другим молодым человеком, отношения с которым характеризует как взрослые, доверительные, сообщила, что испытывает чувство привязанности к нему. В настоящее время живет «на два дома»: то у родителей, то у друга. Сообщила, что молодой человек раньше лечился в стационаре по поводу тревожного (уклоняющегося) расстройства личности (подтверждено документами). Круг друзей небольшой, плохо себя чувствует в компании малознакомых людей. Бывает, что общение переутомляет. Курит. Употребляет алкоголь «очень мало и по праздникам». Половая жизнь с 18 лет по обоюдному согласию, беременностей не было.

С 17 лет отмечались эмоциональные всплески при неудовлетворении ее потребностей: когда запрещали пользоваться компьютером, устраивала истерики (долго плакала, билась головой о шкаф, кричала). С момента начала обучения в художественном училище стиль одежды и внешний вид приобрели неформальный характер, что было негативно воспринято отцом. Были частые скандалы по этому поводу. В течение 2 последних лет без видимой причины стала отмечать эпизоды пониженного настроения продолжительностью 2-3 дня. За два месяца до госпитализации стала замечать эпизоды тревожного состояния во время которых стены и пол начинают вздвигаться, если есть рисунок, то он начинает двигаться, узоры перемешиваются между собой. Страха при этом не испытывала, просто сидела и наблюдала со стороны с любопытством. Эти эпизоды были короткими, в основном в состояниях между сном и бодрствованием. Около 2 недель было состояние, когда пациентка отмечала нереальность окружающего мира: ей казалось, что есть только ее дом, а вокруг – черная пустота, в это время испытывала тревогу и с целью успокоиться пошла к подруге, живущей поблизости. В это время испытывала ощущение, что мир существует в границе поля ее зрения, а за ним – пустота. Пыталась найти объяснение этим феноменам: искала информацию в книгах и Интернете, но быстро уставала, в связи с чем пропадал интерес к чтению. С жалобами на плохое настроение пациентка обратилась к частнопрактикующему психотерапевту, который направил на госпитализацию в психосоматическое отделение ОБУЗ «ОКПБ «Богородское».

Психическое состояние при поступлении. В отделение пришла охотно. Внешне выглядит эксцентрично: из ноздрей выглядывает пирсинг в виде коричневых стрелок, в одном ухе – пластмассовая синяя серьга, в другом – разноцветная канцелярская скрепка, на тыльной стороне правой кисти – татуировка «Лис» (копия рисунка самой пациентки), на шее намотаны амулеты. С окружающими

малообщительна, держится одиноко, мало интересуется происходящими вокруг событиями. Ночь спала хорошо. На осмотр к врачу пришла самостоятельно. Моторно спокойна. Ориентирована в месте, времени и в собственной личности правильно. Обманов восприятия в момент беседы не выявляется. Бредовых идей активно не высказывает. Мышление по темпу и логической направленности не изменено. На вопросы отвечает по существу. Пословицы и поговорки трактует в переносном смысле. Сравнение предметов осуществляет по первостепенным признакам. Интеллект соответствует возрасту, образованию и жизненному опыту. Суицидальные мысли отрицает. На госпитализацию и лечение согласна. Во время беседы мимика мало выразительная, отсутствуют теплые чувства к близким, отношение к ним холодно рациональное. На похвалу и критику реагирует слабо. При описании занятий, доставляющих удовольствие, предпочитает уединенную деятельность (рисование), отсутствием близких друзей не тяготится, в интимной жизни оргазм не испытывает, однако этот факт для нее не является проблемой.

Результаты психологического тестирования. Опросник Айзенка: интроверсия (4 б.), нейротизм (20 б.), ложь (3 б.). Свойственны: значительная интроверсия, высокая эмоциональная нестабильность. Тип темперамента: меланхолик. Согласно *опроснику Шмишека* выявлены типы акцентуаций: эмотивный (15 б.), педантический (18 б.), тревожный (18 б.), циклотимический (21 б.), дистимический (18 б.), экзальтированный (18 б.). *Методика УНП:* уровень невротизации высокий (-40 б.), уровень психопатизации высокий (-19 б.), ложь (1 б.). Для пациентки характерна легкая выраженность **гелотофобии** (патологический страх казаться смешной) – согласно опроснику GELOPH<15> [Стефаненко Е.А. и др. *Диагностика страха выглядит смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии/Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Проер Р., Рух В.//Психол. журн. 2011. Т. 32. № 2. С. 94-108*] показатель – 2,87 б. Опросник на *стили юмора* [Иванова Е.М., Митина О.В., Зайцева А.С., Стефаненко Е.А., Ениколопов С.Н. *Русскоязычная адаптация опросника стилей юмора Р. Мартина//Теоретическая и экспериментальная психология. 2013. № 2. С. 71-85*]: выявил значения ниже нормативных по шкалам, оценивающим все стили юмора: аффилиативный (20 б.), самоподдерживающий (12 б.), агрессивный (19 б.) и самоуничижительный (14 б.). Согласно методике Дембо-Рубинштейн характерен низкий *уровень самооценки* (43 б.), при адекватном среднем уровне *притязаний* (73 б.). По шкале *тревоги* Спилбергера-Ханина отмечается высокая ситуативная (53 б.) и личностная (60 б.) тревожность. Согласно опроснику *социальной тревоги и социофобии* (ОСТИСФ) [Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. *Опросник социальной тревоги и социофобии//Мед. психол. в России: электрон. науч. журн. 2012. № 4 (15). URL:http://medpsy.ru* (дата обращения: 14.10.2017)] характерна повышенная социальная тревога (44 б.). *Тип отношения к болезни* по методике ТОБОЛ [Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2005 г.] оценивается как диффузный. *НС-психотест:* выявлены признаки истощаемости процессов ВНД в виде легко сниженного качества деятельности. Устойчивость внимания и оперативная память (интеллектуальное внимание) снижаются по мере повышения уровня гомогенной нагрузки, прослеживается замедленная мобилизация. Уровень функциональных возможностей – средний уровень нормы. Личность с признаками аффективности. Выявлены признаки наличия комплекса отрицательных внутриличностных факторов, снижающих стрессоустойчивость респондента и препятствующих его эмоциональной адаптации к психологической и социально-психологической среде. Средняя вероятность развития неврозов и психосоматических заболеваний в случае воздействия стрессовых факторов.

Больной было проведено обследование двумя психологами независимо друг от друга. Заключение клинического психолога: на момент обследования признаков диссоциации психической деятельности не выявлено, выявлены признаки склонности к неустойчивости мыслительного процесса при интеллектуализации и интенсификации гомогенной нагрузки.

Заключение психолога реабилитационного отделения: выражены признаки депрессии, вероятно возможность суицида. С детства переживала социальный натиск со стороны школы, семьи. Есть гнев, страхи, которые самой испытуемой не осознаются. Эти вытесненные переживания вылились в депрессию. Возможно наличие шизоидной акцентуации. Мышление с элементами символизма. Психологически обследуемая находится в переходном возрасте.

Инструментально-лабораторное обследование. ЭЭГ: признаки ирритации гипоталамических структур головного мозга. ЭХО-ЭГ – без патологии. В ОАК – снижение гемоглобина (114), гематокрита (32,4), тромбоцитов (164). В ОАМ – положительный уробилин+. Биохимический анализ крови – без патологии.

В отделении первое время находилась в пониженном настроении, держалась одиноко, к окружающему безучастна, тяготилась пребыванием среди людей. Постепенно под влиянием лечения (Risperidoni 0,04 в сутки, Agomelatini 0,025 мг на ночь, психотерапия, психокоррекция) состояние улучшилось, фон настроения выровнялся, появилось желание писать картины, расстройств восприятия не обнаруживала.

Охотно пришла на клинический разбор. Внешний вид недостаточно опрятный: волосы плохо причесаны, заношенная мятая шерстяная кофта, дырявые колготки. Фон настроения ровный. Активно к беседе не стремится, но на вопросы отвечает охотно. Улавливает суть юмористических высказываний собеседника, но эмоциональная реакция на них слабая. Пребыванием в больнице не тяготится. Большую часть времени проводит в одиночестве. Согласилась на посещение лечебно-трудовых мастерских. Достаточно откровенна в описании своих взаимоотношений с мужчинами. Рассматривает их как объект комфортной жизни. О будущей семейной жизни и своих будущих детях не задумывается. К имевшимся эпизодам расстройства восприятия относится спокойно, сейчас они ее не беспокоят. Несмотря на открытость в описании своей интимной жизни, говорит, что не согласилась бы пойти на нудистский пляж, при этом утверждает, что довольна своим телом и внешностью в целом. Суицидальные мысли сейчас и в прошлом отрицает.

Обсуждение диагноза. Рассматривались три диагностических версии. Диагноз *аффективно-го расстройства* предполагался в связи с описанием больной эпизодов немотивированного пониженного настроения. Он был отвергнут в связи с отсутствием четкости описания и фрагментарности проявления аффективных расстройств. Учитывая специфические черты характера, проявлявшиеся с детства, такие как эмоциональная холодность, отчужденность, уплощенная аффективность, неспособность проявлять сильные, теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику, незначительный интерес к социальным контактам, почти неизменное предпочтение уединенной деятельности (рисование), отсутствие близких друзей и доверительных связей, нежелание иметь такие связи, можно думать о диагнозе: *Шизоидное расстройство личности, декомпенсация. F 60.12.*

Однако эксцентричный внешний вид пациентки, нарастание эмоционально-волевого снижения и сужения контактов, проявляющееся с пубертатного возраста, явления приступообразной дереализации, отсутствие побудительных стимулов к перспективе учебы и трудовой деятельности, нежелание создать семью, иметь детей не позволяет исключить диагноз *шизотипического расстройства (F 21).*

Золотова Е.Н., Бухановская О.А., Черникова И.В., Перехов А.Я.,
Лобанова В.М., Збарская О.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ГЕНТИНГТОНА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», г. Ростов-на-Дону

Болезнь Гентингтона относится к орфанным аутосомно-доминантным нейродегенеративным заболеваниям. Ядром клинической картины данной болезни являются экстрапирамидные и психические расстройства. Обычно хорея Гентингтона манифестирует во второй половине жизни (средний возраст начала болезни – 40 лет), однако, встречается и более редкая ювенильная форма, при которой первые проявления возникают до 20 лет. Как правило, в поле зрения психиатров пациенты с этим заболеванием попадают на этапе выраженных психических нарушений

(в основном, когнитивных), наиболее часто – уже при наличии специфической неврологической симптоматики, что в сочетании значительно облегчает установление правильного диагноза хорей Гентингтона. Диагностика же данного заболевания на ранних этапах имеет определенные сложности. Представленный в данной статье клинический случай наглядно демонстрирует решающее для постановки правильного диагноза значение тщательного, всестороннего обследования пациентов, обращающихся к психиатрам, с учетом совокупного рассмотрения их жалоб, психического, неврологического и соматического статусов, генеалогических сведений, подробных субъективного и объективного анамнезов, результатов развернутого экспериментально-психологического исследования и данных инструментальных и лабораторных методов.

Пациентка Б.М., 1994 г.р. (22 лет) в ноябре 2016 г. обратилась в ЛРНЦ «Феникс» с целью проведения обследования. При поступлении предъявляла жалобы на «неуверенность в себе», «медлительность», головные боли, головокружение, рассеянность, нарушение «концентрации движений» («Например, бывает, что хочу что-нибудь взять (чашку, ручку), а не сразу получается»). Сама пациентка возникновения своего заболевания связывала с конфликтными взаимоотношениями на работе. Мать пациентки (врач по образованию) была убеждена в том, что изменение ее состояния обусловлено «личностными реакциями манипулятивного характера». При первичном осмотре пациентка сообщила, что самочувствие ее ухудшилось с марта 2014г. (с 19 лет), когда на фоне объективно подтверждаемых конфликтов с коллегами по работе у нее снизилось настроение, появились плаксивость, сменяющаяся раздражительностью, и быстрая утомляемость. Более заметно состояние изменилось с января 2016 г. (с 21 года), когда возникли частые головные боли, головокружение, рассеянность, значительно возросли общая слабость и быстрая утомляемость. Усилились и начали вызывать беспокойство у пациентки ее «неуклюжесть», «медлительность» и нарушение целенаправленности движений, возникшие еще с лета 2015 г. (с 20 лет). Со слов матери, с февраля 2016 г. (с 21 года) у нее появились непроизвольные «подергивания плечами» и редкие гримасы. (Сама же пациентка отметила только усиление затруднений координации движений, не жалуясь при этом на непроизвольные движения.) Также с марта 2016 г. нарушился сон: появились частые (до 5 раз за ночь) пробуждения, а также не характерное ей ранее сногворение. В связи с нарастающим ухудшением самочувствия в сентябре 2016 г. пациентка обратилась в многопрофильный медицинский центр, где проходила обследование в неврологическом отделении. Была проведена МРТ головного мозга, заключение: «МР-признаки минимального расширения субарахноидальных пространств лобных и теменных поверхностей полушарий резидуального характера». ЭЭГ, заключение: «Общемозговые изменения биоэлектрической активности коры головного мозга. Признаки снижения функциональной лабильности коры головного мозга. Типичной эпилептиформной активности не зарегистрировано». УЗИ органов брюшной полости, заключение: «УЗ-признаков структурной патологии печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки не выявлено». Данные лабораторных анализов: показатели ТТГ, Т4, АТ-ТПО, билирубина (общего и прямого), АТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, гамма-ГТП, меди, церулоплазмина – в пределах нормы. В представленной выписке указано: «Учитывая наличие рассеянной неврологической симптоматики, в сочетании с нарушениями ритма сна со сногворением, наличие тремора у бабушки и прабабушки по отцовской линии, была проведена дифференциальная диагностика с хореей Гентингтона, болезнью Вильсона-Коновалова, парасомнией». Был установлен диагноз: «Умеренное когнитивное расстройство на фоне болезни Нимана-Пика (G 31.8)».

Однако, генетическое исследование крови, проведенное по завершении обследования в данном медицинском центре, диагноз болезни Нимана-Пика не подтвердило.

В октябре 2016 г. пациентка впервые была консультирована психиатром. Сделано предварительное заключение: «Синдром депрессивный, не резко выраженный, с когнитивными проблемами, невыраженными соматическими и психосоматическими симптомами. Затяжной депрессивный эпизод (?). Рекуррентная депрессия, затяжная депрессивная фаза у личности с акцентуацией характера по эмоционально-лабильному/демонстративному типу (?). Было рекомендовано тщательное психиатрическое обследование, для проведения которого в ноябре 2016 г. пациентка обратилась в ЛРНЦ «Феникс».

Из беседы с матерью были выяснены следующие генеалогические сведения: наследственность отягощена неврологической патологией по отцовской линии – у прабабушки в возрасте около 40 лет появились хореические гиперкинезы, к 70 годам развилось слабоумие. У ее родной сестры (двоюродной прабабушки) также отмечались хореические гиперкинезы примерно с 40 лет с дальнейшим развитием слабоумия. У бабушки (68 лет) отмечаются гиперкинезы и дискинезии; когнитивные нарушения, со слов, отсутствуют. Отец (46 лет) в течение последних 10 лет страдает головными болями с подъемами артериального давления. Со слов матери пациентки, «в последнее время у него отмечаются движения плечами», схожие с таковыми у пациентки. Дед по линии отца злоупотреблял алкоголем. По материнской линии: бабушка (68 лет) страдает гипертонической болезнью и мигренями; была оперирована по поводу онкологической патологии шейки матки и кисты щитовидной железы.

С учетом жалоб пациентки и ее состояния на момент поступления, выясненных при первичном осмотре сведений анамнеза и наследственности, было предположено у нее развитие болезни Гентингтона. Определен круг дифференциально-диагностического поиска, включающий также другие неврологические заболевания, сопровождающиеся гиперкинетическими и дистоническими проявлениями, эндогенное депрессивное расстройство и невротическую депрессию с возможными конверсионными симптомами.

При тщательном сборе анамнеза было установлено следующее: пациентка – единственный ребенок в семье. Родилась от второй нормально протекавшей беременности (первая закончилась самопроизвольным абортom на раннем сроке, примерно за 1,5 года до рождения пробанда). Возраст матери и отца на момент рождения пациентки – 23 и 24 года соответственно. Роды – на 38 неделе беременности, естественные, протекали без патологии. Родилась с обвитием пуповины вокруг шеи (степень обвития и кол-во витков не известны). Закричала сразу. Вес при рождении 3000 г, длина тела 50 см. До 2 недель находилась на грудном вскармливании, затем была переведена на смешанное. На первом году жизни была беспокойным ребенком: часто плакала, успокаивалась и спала исключительно на руках у матери. На первом году периодически отмечались вздрагивания во время сна в ответ на громкие звуки. Раннее развитие соответствовало возрастным нормам. Воспитывалась в полной семье до 10 лет. После развода родителей взаимоотношения с отцом продолжала поддерживать. С детства «была очень эмоциональной и требовательной». При этом всегда была окружена заботой и вниманием как со стороны близких, так и со стороны соседей и знакомых. Росла очень послушной; в то же время, «не имела поводов для капризов, так как практически все ее желания быстро исполнялись – даже не надо было что-то просить». Также по характеру формировалась веселой, активной, общительной, жизнерадостной, при этом обязательной, очень ответственной и исполнительской. Любила внимание к себе и «всегда была очень ревнива». С 4 лет начала посещать детский сад, адаптировалась хорошо. Была любимицей у воспитателей, которые ее «всегда хвалили». Активно участвовала в утренниках. Имела широкий круг приятелей. В дошкольном возрасте практически ничем не болела. В школу пошла в 7 лет, хорошо подготовленной и «с желанием учиться». К учебным нагрузкам и новому коллективу быстро адаптировалась. Установила дружеские взаимоотношения со многими одноклассниками. Имела средние показатели успеваемости. Помимо учебы, активно занималась самодеятельностью, с удовольствием принимала участие в постановках школьных спектаклей и разнообразных праздниках. Имела разносторонние, но нестойкие творческие увлечения (занималась актерским мастерством, танцами, рисованием).

Пубертатный период – с 12 лет, протекал сглажено. Окончила 9 классов общеобразовательной школы со средними показателями успеваемости. После школы, по инициативе матери, продолжила обучение в финансовом колледже. С учебной нагрузкой справлялась. С сокурсниками имела ровные взаимоотношения. По окончании колледжа (в 2013 г.) поступила в экономический ВУЗ на заочное отделение. Быстро установила доброжелательные отношения в группе, появились подруги. На протяжении первого года обучения в ВУЗе постоянной работы не имела. Непродолжительное время (около трех месяцев) состояла в общественной организации, выполняя «мелкие поручения».

Вскоре (в январе 2014 г.) поступила на должность методиста при колледже. Со слов, уже через два месяца после трудоустройства у пациентки начали возникать конфликты со старшими коллегами по работе. Сотрудницы критиковали ее одежду, поведение, давали поручения, не входящие в ее обязанности, в том числе, личные. Родственники пациентки подтверждают объективно негативное отношение к ней со стороны указанных коллег.

На фоне постоянных конфликтов с марта 2014 г. (с 19 лет) у пациентки снизилось настроение, появились плаксивость, сменяющаяся раздражительностью, «нежелание идти на работу». Суточной и сезонной динамики состояния не отмечалось. С того же времени начала меняться по характеру: стала «неуверенной и очень зависимой от чужого мнения»; усилились и ранее свойственные ей мнительность и обидчивость. Постепенно начала нарастать астения, утратила прежнюю активность. Стала менее общительной, прекратила посещать любимые ею ранее увеселительные мероприятия. В то же время, начала требовать более заботливого и участливого отношения к себе со стороны родственников. С того же возраста (с 19 лет) возникли и начали нарастать не свойственные пациентке ранее метеотропность (в виде головных болей при перемене погоды и плохой переносимости жары) и проявления предменструального синдрома (в виде раздражительности и плаксивости).

С 2014 г. (с 20 лет) быстро ухудшилось зрение, в связи с чем в том же году была оперирована (проведена лазерная коррекция зрения по методике ЛАСИК на оба глаза).

С лета 2015 г. (с 21 года) у пациентки появились двигательные нарушения. Как она сама отмечает, примерно с конца лета 2015 г. «ухудшилась концентрация движений», «стала медлительной». Со слов родных, примерно тогда же изменилась походка (чего сама пациентка не отмечает): «Ноги начали как будто бы «заплетаться». Стала при ходьбе как бы «закидывать» левую ногу». Начала сутулиться, «скрючившись» сидеть за столом и «как-то криво» держать столовые приборы. В конце осени 2015 г. из-за нарастающей «неуклюжести» получила травму ноги – растяжение связок («упала со ступенек»).

Более заметные нарушения, по словам родных, стали отмечаться с января 2016 г. (с 21 года): участились перепады настроения (от плаксивости до раздражительности), усилилась астения. Постепенно неуклонно начали нарастать двигательные нарушения: «Усиливалась неуверенность движений. Стало заносить в сторону при ходьбе». С февраля 2016 г., по наблюдению близких, возникли гиперкинезы: «Начала как бы подергивать плечами, немного «гримасничать». Со слов родственников, примерно с того же времени пациентка постепенно стала утрачивать прежнюю плавность движений («У нее появилась «деревянная пластика»). Сама же она отмечает нарастание затруднений координации движений, не жалуясь при этом на гиперкинезы.

В марте 2016 г., упав «из-за неуклюжести», вновь получила повреждение ноги, после чего продолжительное время жаловалась на боли, прихрамывала при ходьбе. Повторные обследования у травматологов и ортопедов патологии не выявляли. Данное обстоятельство привело родственников пациентки к предположению, что ее двигательные и эмоциональные нарушения имеют «манипулятивный характер», вызваны «нежеланием посещать работу» и потребностью в «большем внимании» с их стороны.

С марта 2016 г. появились диссомнические нарушения: частые (до 5 раз за ночь) пробуждения, а также ранее не характерное пациентке сноговорение.

Тогда же, в марте 2016 г. (21 год), впервые была консультирована неврологом, вынесено заключение: «Невроз». Были назначены седативные препараты растительного происхождения, гопантеновая кислота, витамины группы «В». Указанные лекарства принимала в течение двух месяцев. Улучшения самочувствия не отмечала. При этом продолжала работать и учиться вплоть до лета 2016 г.

По мнению пациентки, выраженное ухудшение самочувствия началось с июня 2016 г. (с 22 лет): «Совсем плохо стало: постоянно голова болела. Лежала, не хотела ничего делать». При этом гипотимия не имела постоянный характер: со слов, «могла и порадоваться» приятным событиям. Так, в июле 2016 г., по приглашению, «гуляла на свадьбе, танцевала там». В сентябре 2016 г. «очень обрадовалась», получив в подарок собаку: «Была просто в восторге! Бегала с ней по утрам, сама выгуливала». В то же время, с июня 2016 г. у пациентки появились эпизоды гипотонии,

сопровождаясь головными болями и астенией, усилились метеотропность и эмоциональная лабильность. На фоне снижения активности и нарастания утомляемости стала меньше заниматься домашними делами.

В августе 2016 г., по инициативе родственников, обращалась к «массажисту-биоэнергетику». Было проведено 4 сеанса, после которых «как будто немного лучше стала походка» (гиперкинезы сохранялись). Однако, уже через месяц вернулись прежние нарушения при ходьбе. В связи с нарастающим ухудшением самочувствия в сентябре 2016 г. оставила работу. (Кратковременное улучшение состояния пациентки после сеансов массажа, отсутствие стойкой гипотимии и безрадостности, в совокупности с ее решением об увольнении с работы укрепили предположения родственников о конверсионном характере имеющихся у нее двигательных расстройств.)

По наблюдениям близких, с конца лета 2016 г. у пациентки стала более отчетливой зависимость выраженности гиперкинезов от ее актуального эмоционального состояния: «Если она спокойна – то меньше выражены, а когда понервничает, сильно расстроится – сразу ухудшается».

С августа 2016 г. к двигательным нарушениям присоединилась дизартрия. Периодически начали появляться поперхивания при приеме пищи, гиперсаливация во время ночного сна. Пациентка стала обращать внимание на снижение мышечной силы в руках.

В сентябре 2016 г. (22 года) обратилась с целью обследования в неврологическое отделение многопрофильного медицинского центра. Был установлен диагноз: «Умеренное когнитивное расстройство на фоне болезни Нимана-Пика (G 31.8)». Генетическое исследование данный диагноз не подтвердило.

В октябре 2016 г. впервые обратилась на консультацию к психиатру, рекомендовавшему ей тщательное обследование, для чего и поступила в ЛРНЦ «Феникс».

Состояние пациентки на момент поступления: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции, умеренного питания. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. ЧСС=PS=72 в 1 мин. АД 110 и 70 мм рт. ст. Язык влажный, розовый. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги, при пальпации безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул, со слов, регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Неврологический статус: правильно ориентирована в месте и времени, контактна. Менингеальных знаков нет. Со стороны черепно-мозговых нервов патологии не выявляется. Фотореакция живая, содружественная, D=S. Лицо симметрично; глотание и фонация сохранены, глоточный и небный рефлексы живые. Отмечается легкая дизартрия. Определяется гиперкинез языка. Парезов нет. Мышечный тонус в конечностях снижен. Активные движения – в полном объеме. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, D=S. Патологических рефлексов не обнаруживается. Отмечаются не резко выраженные хореические гиперкинезы в руках, в левой руке – с дистоническим компонентом. Походка несколько замедленная. В позе Ромберга слегка пошатывается в стороны. Пальценосовую пробу выполняет без интенции. Нарушений чувствительности не обнаруживается.

Психический статус: в кабинет входит по приглашению врача. Одет в сдержанных тонах, макияж отсутствует, длинные пышные вьющиеся волосы причесаны, но не собраны. Улыбается при встрече с врачом. Походка неуверенная, слегка пошатывается при ходьбе. Движения медлительные, нарушена их плавность. На стул садится не сразу, несколько нарушена точность движений (берется за спинку стула, медленно обходит его, только потом опускается на сидение). В процессе беседы периодически начинает сутулиться, потом непроизвольно вздрагивает, после чего выпрямляет спину. Мимические реакции несколько сглажены, при этом адекватны контексту беседы (улыбается в ответ на шутки, сердится, рассказывая о конфликтах с коллегами по работе). Обращают на себя внимание гиперкинезы мышц рук и лица (в процессе беседы непроизвольно «поводит» плечами, также непроизвольно поднимает брови, несколько вытягивает губы, периодически немного прикрывает правый глаз). Сама пациентка не акцентирует внимание на этих движениях, не жалуется на них: «Я как-то даже не замечаю этого». Голос обычной громкости, интонационно модулирован.

Речь дизартричная (смазанная, с периодическими «спотыканиями» в словах). Темп речи изменчив (то временами обычный, то замедленный). Правильно называет текущую дату, свои паспортные данные, понимает, где находится, верно формулирует цель обращения к врачу. Расстройств восприятия, представлений не обнаруживается. Болезненных идей, структурных нарушений ассоциативного процесса в беседе не выявляется. Подробно рассказывает о психотравмирующей ситуации на работе, о взаимоотношениях с коллегами. Связывает свое плохое самочувствие с данными конфликтами: «Они меня морально погасили. Я раньше с удовольствием на работу шла, все хотела сделать, мне все было интересно, а теперь я вообще туда идти не хочу». Подробно, в правильной хронологической последовательности излагает анамнестические сведения. Настроение свое оценивает как «плохое», «подавленное»: «Мне вообще ничего не хочется». При этом в целенаправленной беседе выясняется, что имеет место не постоянная гипотимия, а частые аффективные колебания – от эутимного настроения до плаксивости или раздражительности: «У меня настроение может быть хорошим, а потом, например, мама скажет что-нибудь, и все: у меня – просто истерика, я начинаю плакать, капризничать или на все раздражаться». Отмечает, что приятные события вызывают у нее искреннюю радость: так, «была просто в восторге», когда ей подарили собаку в сентябре 2016г., летом того же года «танцевала на свадьбе». При этом считает, что за последние полгода изменилась по характеру: утратила прежнюю активность, стала стеснительной, более обидчивой и «зависимой от чужого мнения». В беседе также выявляются жалобы на нарушения сна (прерывистый, с частыми пробуждениями, не приносящий чувства отдыха). В конце разговора с врачом пожаловалась на ухудшение концентрации внимания, затруднения при усваивании новой информации. К своему состоянию относится с критикой, однако, уровень критической оценки неполный.

Проведенное обследование показало следующие результаты. Экспериментально-психологическое исследование выявило следующие особенности психических процессов: психомоторный темп обследуемой умеренно снижен; в пробах отмечается общая истощаемость психических процессов (время по КП – 18 мин.; кривая сложений по Крепелину: 8-6-7-8-8-5-7-6). Объем внимания в границах низкой нормы (5 простых объектов). Продуктивность концентрации внимания выявляет легкие нарушения (13 ошибок в КП; 7 ошибок в счете по Крепелину). Показатели переключаемости внимания соответствуют профилю «органического снижения» (время по т. Шульце: 00.55, 01.18, 01.22, 01.02, 01.28, при норме до 00.50). В пробе отмечается наличие «органического» феномена «охранительного торможения». Продуктивность избирательности внимания обнаруживает нарушения (11 слов в пробах Мюнстерберга), связанные в большей мере со снижением динамического компонента (к концу блока пациентка выполняет задание с признаками внешней истощенности, чем нарушает временной лимит). Мотивационный компонент процесса сохранен (обследуемая молча продолжает выполнение пробы, несмотря на то, что ей трудно удерживать карандаш и ручку; не просит поблажек в связи с собственными особенностями моторики; указание на ошибку учитывает, в дальнейшем стараясь ее не повторять и т.д.). Объем памяти в границах низкой нормы (5 простых объектов). Показатели кратковременной механической памяти снижены (кривая по Лурии: 5-7-7-7-7). Динамика мнестической деятельности по типу сниженного «плато». В пробе присутствует большое кол-во не поддающихся коррекции ошибок «по созвучию». Долговременная механическая память нарушена (ретенция по Лурии – 5 слов). Опосредованная память в границах низкой нормы (КОЗ=85), что говорит о достаточности опоры мнестической деятельности на мыслительную. Мотивационный компонент сохранен. Мышление: Динамика мыслительных процессов резко снижена (10 слов в ИБМ). Мышление ригидно, конкретно, тугоподвижно. Операциональный компонент мышления отмечает умеренные нарушения по типу снижения уровня обобщения и абстрагирования (так, в методике «Сравнение понятий» общим у лыж и коньков называет то, что они «катаются»; между яблоком и вишней, вороной и воробьем, дубом и березой – размер («маленькое-большое») и т.д.). Ассоциативный процесс нарушен на фоне оскудения операционального компонента (К-8-Ат-5-М-0-Г-0), графические образы ассоциаций стереотипны. Отмечается распад графики – пациентка рисует простыми геометрическими фигурами, дробно, из отдельных линий, нарушая общую целостность образа, деформируя его контуры, при этом, линии друг на друга наслаиваются, контуры не замыкаются. Категориальный строй мышления нарушен на основании общего снижения способности

к обобщению (пациентка формирует группы на основании конкретно-функциональных признаков; большое кол-во карточек оставляя единичными, что объясняет невозможностью их объединения). Мотивационный компонент процесса сохранен на всех уровнях. Интеллект и органические особенности: у пациентки обнаруживается наличие умеренно-выраженных нарушений органического профиля (5 баллов в тесте зрительной ретенции Бентона, с учетом преобладания классических органических ошибок по типу деформации, персеверации и опущения фигур) с умеренной лобной дисфункцией (14 баллов по шкале FAB) на фоне сохранного уровня общей умственной продуктивности (IQ=92). Аффективная сфера: на актуальный момент у пациентки обнаруживается наличие депрессивного состояния легкой степени выраженности (13 баллов по шкале Бека, 9 баллов по шкале Гамильтона). В методике ЦТО отсутствует аффективная подсознательная связь предъявляемых симптомов с субъективной для пациентки их вторичной выгодой, имеет место драматизация обследуемой собственного состояния на фоне тревоги относительно возможности не получить помощь (1-я цветовая группа: «манипуляции», «шантаж», «негатив», «плохое настроение»; 2-я цветовая группа: «мое состояние», «я преувеличиваю», «страх остаться без помощи», «моя болезнь», «желание поддержки»; 3-я группа: «мне плохо», «отсутствие настроения», «безрадостность», «я сейчас», «я болею» и т.д.). Личность: Код профиля по Уэлшу: 214'86'753'-/9:0: F'KL:. Качественная оценка профиля позволяет установить, что преморбидно для пациентки личностно характерны демонстративность, эгоцентризм, потребность во внимании и опеке, чувствительность к критике и ссорам, мнительность в отношении оценки себя окружающими, тревожность, склонность застревать на беспокоящих мыслях и ситуациях. Однако, на данный момент имеют место изменения личности, носящие, с учетом данных общего исследования, вторичный характер на фоне органических нарушений. Так, в актуальном профиле пациентки отмечается выраженная раздражительность, легко загорающаяся враждебность, эксплозивность, склонность к колебаниям настроения. В социальном плане превалирует категоричность и требовательность, капризность.

Таким образом, в ходе проведенного психологического исследования были выявлены особенности протекания психических процессов, характерные для экзогенно-органического патопсихологического симптомокомплекса на фоне легкого депрессивного состояния у лица с преморбидными чертами характера по истеро-тревожному типу.

МРТ головного мозга была выполнена в сентябре 2016 г. (заключение указано выше).

Видео-ЭЭГ-мониторинг, заключение: «Отмечается замедление основной биоэлектрической активности головного мозга по сравнению с возрастной нормой. Выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Зарегистрирована медленно-волновая фаза сна, физиологические паттерны non-REM сна (I и IV стадии) отчетливо выражены. Типичной эпиплептиформной активности, паттернов эпилептических приступов во время всего исследования не зарегистрировано. Рекомендовано дальнейшее ЭЭГ-наблюдение с записью сна по показаниям».

Анализ крови на серотонин: 95,0 нг/мл (референсные значения 50-220 нг/мл).

Заключение невролога: «Клинические и анамнестические данные свидетельствуют в пользу болезни Гентингтона».

На консилиуме врачей ЛРНЦ «Феникс» с участием психиатров и невролога пациентке был установлен клинический диагноз: «Болезнь Гентингтона (G 10). Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в связи с другими заболеваниями (F 06.67) (обусловленное болезнью Гентингтона)».

Полученные результаты генетического исследования с целью выявления мутации в гене НТТ, отвечающем за развитие болезни Гентингтона (профиль № 7815) подтвердили данный диагноз. Заключение генетической консультации: «При исследовании гена НТТ у обследуемой методом ПЦР-диагностики установлено, что в одном из локусов данного гена у нее находится нормальное кол-во САG-повторов ($n_1=17$), в другом локусе – кол-во повторов увеличено до 53 ($n_2=53$). Таким образом, пациентка является носителем мутации в гене НТТ, приводящей к возникновению болезни Гентингтона».

Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДИСМОРФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы: подростково-юношеский период характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, формирующихся на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности при отсутствии каких либо косметических дефектов. Рекламные агентства, коммерческие центры пластической хирургии, средства массовой информации, телевидение, интернет навязывают современной молодёжи «облик идеального тела», параметры супергероев, стандарты культуризма. Всё это пагубно влияет на психо-эмоциональное состояние незрелых в личностном плане подростков. Согласно данным ВОЗ депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине дисморфофобической патологии встречаются преимущественно в подростково-юношеском возрасте и составляют 8-16 % в общей популяции 15-20-летних и более 50 % всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста. Исследования российских психиатров (В.Э. Медведев, 2016 г.) свидетельствуют о наличии феномена недовольства собственной внешностью при отсутствии косметических дефектов (дисморфии) в структуре широкого спектра гетерогенных как по клинко-синдромальной структуре, так и нозологической принадлежности психических расстройств. Дисморфическое расстройство может не только являться причиной недовольства пациента собственной внешностью и определять его обращение к хирургу, но и осложнять течение постоперационного периода и повышать риск неудовлетворенности результатами терапии.

Цель исследования: изучить личностные особенности подростков с пубертатными дисморфиями депрессивного регистра для улучшения лечебно-реабилитационной помощи, оптимизации психотерапевтической тактики, профилактики и прогноза данных состояний.

Материалы и методы исследования: были обследованы 50 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с жалобами на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Ведущими методами исследования являлись клинко-психопатологический и патопсихологический методы исследования, сбор катamnестических данных. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты: на основании проведенного исследования все пациенты были разделены на три группы по преобладанию клинической симптоматики: подростки с тревожно-фобической симптоматикой (28 больных-56 %), с обсессивно-компульсивной симптоматикой (12 больных – 24 %), с преобладанием сверхценных идей (10 больных – 20 %). В обследованной группе в ходе исследования с помощью психометрических шкал выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98 % подростков, при этом проявления тревоги были отмечены у 94 % исследуемых, депрессии – у 88 %; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55 %), у 36 % обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10 % пациентов – констатировалась выраженная тревога. Были выявлены особенности клинических проявлений пубертатных дисморфофобических симптомокомплексов. Пациенты с тревожно-фобической симптоматикой считали себя неинтересными, непривлекательными внешне, высказывали недовольство своим ростом, чрезмерным оволосением, кривыми и худыми ногами, болезненно относились к наличию угревой сыпи, «лопоухих» ушей, слишком большого размера носа, гиперемии и сальности кожных покровов, жаловались на слабОВОлие, винули себя в бесчувственности, скованности, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве. Подростки с обсессивно-компульсивной симптоматикой характеризовались наличием убежденности в измененности лица,

больные не узнавали себя в зеркале, лицо казалось чужим, безжизненным, с тупым, бессмысленным выражением, они заявляли, что у них постарела кожа, изменились пропорции тела. У них наблюдался симптом зеркала, пациенты подолгу разглядывали себя в зеркале, все больше убеждаясь в наличии у себя измененной внешности. Пациенты со сверхценными идеями жаловались на облысение, маленький рост, непропорциональное телосложение, внешние недостатки, по их мнению, были обусловлены соматическими нарушениями, неправильным образом жизни, неблагоприятной атмосферой, нарушением обмена веществ. Все пациенты предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. Также в формировании депрессивного симптомокомплекса были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадёжности. В 76 % случаев (38 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. На основе детального анализа, включающего оценку особенностей конституционально-личностного склада пациентов, их эмоциональной и коммуникативных сфер, характера реагирования на внешние средовые влияния, степени психофизической зрелости и ряда других клинических особенностей установлено, что для больных с дисморфическими расстройствами характерна выраженная неоднородность личностной структуры; в ходе исследования были установлены на основании тестирования по опроснику Шмишека – Леонгарда следующий ряд их разновидностей: 17 пациентов (34 %) «психастеники»; 9 пациентов (18 %) – «шизоиды»; 13 подростков (26 %) – «эмоционально-неустойчивые»; «истероиды»- 11 подростков (22 %). Выявлена определённая взаимосвязь между типом личности и клинической картиной дисморфического синдрома. В ходе исследования установлено, что у шизоидов чаще всего наблюдаются обсессивно-компульсивные, сенестопохондрические, деперсонализационные депрессии; у истероидных акцентуантов доминируют депрессии с идеями дефектов внешности и физического уродства; личностям с психастеническими чертами характера свойственны тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии; для больных, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны маскированные и ипохондрические депрессии с доминированием соматовегетативных расстройств. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80 %), нежелание продолжать учебу (40 %), появились конфликты со сверстниками (60 %), уходы из дома, стремление к изоляции и одиночеству, появление суицидальных мыслей. Депрессивные расстройства влияли на все стороны личности, вызывая состояние дезадаптации, и в зависимости от степени тяжести и формы депрессии приводили к появлению поведенческих нарушений, в том числе и суицидальным мыслям и тенденциям. Установлены следующие варианты динамики дисморфических расстройств у подростков: рецидивирующая без тенденции к прогрессированию и с тенденцией к прогрессированию; непрерывно-волнообразная без тенденции к прогрессированию и с тенденцией к прогрессированию и регрессионная динамика течения.

Вывод: по результатам обследования было выявлено, что проведенное исследование клинических проявлений дисморфических расстройств пубертатного периода депрессивного регистра показало возможность определения типологических вариантов клинических синдромов, выделение вариантов конституционально-личностных особенностей, оценки клинических проявлений депрессивной симптоматики для осуществления оптимальной диагностики, правильного выбора медикаментозного и психотерапевтического подходов. Своевременный подход к терапевтической и коррекционной тактике может способствовать более успешному выздоровлению и профилактике рецидивов заболевания. Результаты исследования могут быть использованы в работе не только врачей-психиатров, но и врачей других специальностей: пластических хирургов, дерматологов, стоматологов, терапевтов, к которым нередко обращается этот контингент больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики и формирования гармонично развитой личности.

Каминская Ю.М.

ДИСГАРМОНИЧНАЯ МИКРОСОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА КАК ФАКТОР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЛЕЧЕНИЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Большая часть литературы, связанной с семейным сопровождением психически больного человека, посвящена моделям и методам работы с семьей пациента, имеющего те или иные психические проблемы. Тогда как очень большая часть пациентов имеют родственников, которые по тем или иным причинам не обращаются за предлагаемой им помощью, остаются недостижимыми для специалистов психиатрических лечебных заведений. Зачастую более важной проблемой, чем выбор эффективных методов работы с семьей пациента, является тот факт, что члены семьи пациента не идут на продуктивный контакт со специалистами. О роли нарушений семейных представлений в возникновении нервно-психического напряжения, нарушений семейной коммуникации и нарушении семейных механизмов интеграции подробно описано в работе Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис «Психология и психотерапия семьи».

Исходя из статистики работы 18 медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца за 2016 год, на 1259 пациентов, посещавших те или иные занятия в рамках реабилитации, приходится всего 10, чьи близкие обратились за помощью, которая могла бы изменить ситуацию в их семье. Ни одна из семей не откликнулась на предложение принять участие в групповой работе для родственников пациентов.

Мы разработали две анкеты для прояснения следующих факторов:

1. Причины низкой активности родственников в области получения психологической или психотерапевтической помощи, которую может предоставить больница.
2. Фактические изменения, произошедшие в семьях больных, прошедших лечение, независимо от обращения их родственников к психологам или к психотерапевтам.

В опросе участвовали пациенты, прошедшие период госпитализации, посещавшие мероприятия в рамках комплексной реабилитации в отделении 18 и на момент опроса проходившие лечение и наблюдение в дневном стационаре. Всего было опрошено 38 человек.

В результате опроса (анкета №1) по мнению самих больных основными причинами отсутствия обращения или редкого, несистематического обращения за психологической помощью родственников, являются следующие:

- 33 % опрошенных пациентов ответили, что нагрузка, усиленная в том числе социальной пассивностью психически больного члена семьи, не позволяет родственникам выделить время для обращения за помощью.

- 32 % считают, что члены семьи, считающие себя здоровыми, видят проблему исключительно в проявлениях болезни и вытекающем из симптомов заболевания поведении их родственника.

Любая информация со стороны специалиста, противоречащая подтверждению собственной правоты родственника, вызывает напряжение и демотивацию для дальнейшего взаимодействия. Пассивное отношение к болезни близкого человека может также выражаться в одно-двухкратном посещении врача-психиатра или психолога с ожиданием того, что можно лишь выразить пожелание, каким он хочет видеть психически больного члена семьи в результате лечения. Неготовность к собственным дальнейшим действиям и изменениям в отношении способов взаимодействия, общения, решения бытовых проблем создает для таких родственников ощущение бессмысленности дальнейших посещений специалистов.

- 26 % объясняют это страхом усиления негативных переживаний, связанных с болезнью родственника, предствление о семейной работе, как «обвинительной» в отношении родных пациента, ставящей в приоритете потребности больного и в меньшей степени учитывающей потребности остальных членов семьи.

- 25 % – ситуация, когда пациент живет один, и родственники прекратили с ним всякое общение. Причинами этого могут быть семейные конфликты, страх разрушительного поведения

заболевшего родственника, растерянность и отсутствие информации о моделях поведения с больным человеком, которые могли бы помочь сохранить отношения и общение с ним.

- 21 % Члены семьи психического больного по предположению пациентов, также могут опасаться серьезных изменений в давно сложившейся схеме функционирования данной семьи, которые могут повлечь пересмотр ответственности каждого из ее членов за свою жизнь в сложившейся ситуации. Опасения также могут быть связаны с вероятным изменением привычного образа жизни каждого члена семьи, усилением нагрузки, признания права больного на удовлетворение серьезных личностных потребностей, которые раньше «можно» было игнорировать.

- 16 % пациентов считают, что несмотря на совместное проживание, их отношения с родственниками отчужденные, и проблемы больного не интересуют родных.

- 15 % родственников имели негативный опыт прежних обращений.

- 13 % Наличие психических заболеваний у родственников, которые в свою очередь могут приводить к страху общения со специалистами, а также влиять на поведение, делающее невозможным необходимый для обращения уровень самоорганизации.

- 10 % – временное или постоянное проживание родственников в другом городе (стране)

- 5 % – отсутствие информации о том, что заболевший родственник лечится у психиатра.

Исходя из данных опроса по анкете №2 выявлены следующие существенные изменения:

- У 80 % пациентов улучшился характер взаимодействия с членами семьи.

- 78 % пациентов отмечают снижение желания уйти из дома в связи с невыносимой психологической обстановкой.

- 71 % сообщают о приятных или нейтральных эмоциях, с которыми возвращаются домой (с прогулки, работы, и т.д.)

- 65 % отмечают как возрастание интереса к жизни своих близких, так и желание делиться с ними информацией о своей жизни и переживаниях.

- 60 % пациентов считают, что теперь лучше ориентируются, как себя вести со своими родственниками.

- В семьях 58 % пациентов в связи с госпитализацией и обстоятельствами лечения были приняты те или иные решения, учитывающие интересы пациента.

- 40 % пациентов отмечают снижение контроля и подавления в семье в отношении себя, 45 % считают, что ничего не изменилось в этой связи.

- Родственники у 34 % пациентов стали понимать влияние болезненных механизмов на их поведение, в семьях 40 % ситуация в этой связи осталась неизменной.

- 35 % пациентов стали чаще советоваться с членами семьи в случаях, когда не знают, как поступить.

- 33 % пациентов считают, что готовы жить самостоятельно, отдельно от других родственников.

Вне зависимости от характера общения специалистов с родственниками, их мотивации или полного отсутствия обращения, при общении с пациентом специалисты так или иначе испытывают воздействие его семейного окружения на него, на течение его болезни и на ход лечения. В ситуации, когда по тем или иным причинам родственники становятся недосягаемыми для специалистов психиатрической службы, или установление продуктивного контакта с ними затруднено, возрастает значение работы с больным, когда ему самому следует принимать ответственность за свои отношения с близкими и решать следующие задачи:

- учиться устанавливать границы личности;

- заявлять о своих потребностях;

- учиться распознавать потребности других;

- формировать партнерские схемы взаимоотношений (договариваться, сотрудничать).

Поэтому все проводимые реабилитационные мероприятия, акцентируя внимание на разных проблемы пациента, могут ставить целью в том числе и его способность взаимодействовать со своими близкими таким образом, чтобы их мотивация к общению со специалистами психиатрической службы возрастала. Это возможно в случае, когда проводимые мероприятия так или иначе направлены на повышение ответственности пациента за свое здоровье и отношения с людьми.

Так, если пациент начинает с большим вниманием осознавать свои личностные потребности, расширять свой репертуар эмоционального реагирования, заявлять об уважении к собственной личности, то его близкие, ощутив это как изменение, могут испытать как растерянность, так и интерес к тому, как вести себя, столкнувшись с такими изменениями больного родственника. Это может побудить их к обращению к специалистам.

В случае, когда родственники все же обращаются за помощью к психологам и психотерапевтам, обращает на себя внимание прежде всего тот факт, что их собственные потребности во многом фрустрированы, и они испытывают большое напряжение от своей «вторичности» по отношению к больному близкому человеку.

Исходя из данных опроса о причинах, больше всего влияющих на отказ родственников от участия в реабилитационной работе, задачей психологической работы с ними прежде всего является разъяснение им того, что результатом хорошей добросовестной совместной работы станет улучшение качества жизни их самих. Необходимо, особенно в самом начале работы, выражение им поддержки и сочувствия в том, что в силу сложившейся ситуации они во многом ограничивают себя, живя в постоянном напряжении, испытывая массу негативных эмоций, которые чаще всего неспособны продуктивно выражать. Цель семейной психокоррекции и психотерапии заключается в том чтобы в процессе индивидуальной или групповой работы у родственников сформировалось понимание, что их собственная забота о себе, право на комфорт и удовольствие не только не помешают больному родному человеку, но помогут ему чувствовать себя лучше. Что семейная психотерапия – это не поиск виноватого с последующим наказанием в виде усиления нагрузки, а поддержка и помощь в удовлетворении потребностей всех членов семьи.

Пример: Пациентка Н., 32 г., страдающая параноидной шизофренией, рассказала о том, как она в юношеском возрасте посещала психолога в психиатрической больнице, где с таким же диагнозом находился на госпитализации ее отец. В то время психолог настойчиво объясняла девушке, что она должна от многого отказываться (кол-во общения с подругами, с молодыми людьми, посещение кинотеатров и прочих развлечений) и все свое время организовывать таким образом, чтобы оно было посвящено больному отцу. Н. вспоминает, что каждый раз уходила от психолога с чувством глубокой горечи, одиночества и безнадежности, полагая, что теперь она должна принести себя в жертву отцу. Это послужило тому, что она прекратила посещать семейные консультации психолога, а в дальнейшем обрела серьезные психологические проблемы в связи с началом своего заболевания, не имея готовности к столкновению с этим. Отношения же с отцом постепенно стали отчужденными, контакт – формальным. На момент беседы с пациенткой ее отец вызывал в основном раздражение членов семьи в том числе из-за постоянной алкоголизации.

Мы предлагаем следующий алгоритм работы психологов и психотерапевтов с родственниками больного:

- Обсуждение семейной ситуации и социального окружения пациента с лечащим врачом.
- Беседа с пациентом, прояснение его семейной ситуации. Социальное окружение пациента. Уточнение, отношения с какими из родственников или друзей представляются пациенту поддерживающими, а какие – токсичными. Предложение пригласить на прием родственников(друзей). Обсуждение формы работы: пациент и близкие на совместной консультации или по отдельности.
- Индивидуальная беседа с близким пациенту человеком. Отношение к больному родственнику (другу). Вопросы, страхи, потери, неудовлетворенные собственные потребности в связи с заболеванием близкого человека.
- При возможности – одна или несколько совместных встреч с пациентом и его близкими для безопасного выражения своих просьб, желаний и накопленных эмоций, которые не выражались в семейной обстановке. Готовность (неготовность) каждого из участников встречи на те или иные изменения в поведении по отношению друг к другу.
- Однократная или эпизодическая обратная связь от пациента в отношении его самочувствия в процессе работы с близкими, отношения к своей семье, ожиданиях от родственников (друзей), планируемых действиях.

- Независимо от готовности семьи пациента к работе, вовлечение его в соответствующую его здоровью программу реабилитационных мероприятий. Формирование ответственности за свое здоровье и поведение в различных областях жизни. Семейная ситуация, как важная часть индивидуальной и групповой работы с пациентом.

Магзумова Ш.Ш., Кенжаев А.Б.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования: провести сравнительный анализ показателей реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности у пожилых больных с гипертонической болезнью (ГБ).

Задачи: 1) выявить половые различия в эмоциональной сфере у пожилых больных с ГБ; 2) определить характер и степень тяжести РТ и ЛТ у пожилых больных с ГБ.

Материал и методы. Обследованы 50 больных, которые были разделены на 2 группы. Основную группу составили 35 пожилых больных с ГБ (женщин), средний возраст $58,6 \pm 1,4$ года. В группе сравнения было 15 больных (мужчин), средний возраст $61,8 \pm 1,4$ года. Уровень реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ) оценивали с помощью теста Спилбергера-Ханина.

Результаты. Уровень РТ у лиц мужского и женского пола в обеих группах был сопоставим. Наиболее часто выявлялась РТ лёгкой степени (до 30 баллов по тесту Спилбергера-Ханина). У женской группы отмечалось преобладание РТ средней тяжести, тогда как в группе мужчин имело место более равномерное распределение показателей РТ с незначительным преобладанием РТ средней тяжести (от 30 до 45 баллов).

Среди мужчин и женщин ЛТ средней и тяжелой степени выявлялись у равного числа. В группе мужчин в 3,8 % случаев отмечалась ЛТ легкой степени. У всех женщин с гипертонической болезнью (100 %) была выявлена ЛТ тяжелой степени (46 баллов по тесту Спилбергера-Ханина), тогда как в группе мужчин тяжелая ЛТ встречалась лишь в 84,2 % случаев.

Выводы:

1. Показатели реактивной и личностной тревожности у пожилых больных с гипертонической болезнью имеют половые различия.
2. Показатели реактивной тревожности у мужчин и женщин являются идентичными и характеризуются преобладанием РТ лёгкой степени.
3. У женщин преобладает РТ средней тяжести.
4. У мужчин и женщин в равной степени встречается ЛТ средней и тяжелой степени.
5. Для всех женщин характерна тяжёлая степень ЛТ.

Литвинцев С.В.

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ, СИСТЕМАТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

СПБИУВЭК, Санкт-Петербург

Явное несовершенство Международной классификации болезней 10-го пересмотра, признаваемое большей частью клиницистов, наглядным образом проявляется на примере соматоформных расстройств, занимающих определённую нишу в группе всех расстройств психосоматического спектра, чёткого определения которым пока нет. Определение последним, данное А.Б. Смулевичем

(2016): «Психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, формирующихся в результате двунаправленного взаимодействия психических/характерологических расстройств с соматическими» можно считать лишённым какой-либо клинической конкретики, поскольку оно объединяет расстройства в общих границах невротического, психопатического и психотического регистров.

В свою очередь, соматоформные расстройства (F45), являясь частью психосоматических, также отличаются психопатологическим полиморфизмом и имеют многофакторный генез. Отсюда они разделены на соматизированное расстройство (F45.0), ипохондрическое расстройство (F45.2), соматоформную вегетативную дисфункцию (F45.3) и хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4), каждое из которых содержит соответствующие критерии диагностики, косвенным образом свидетельствующие об отсутствии их общности и в этиопатогенезе. Предполагается, что развитие соматоформных расстройств объясняется сложным взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов (Прибытков А.А. и др., 2014).

Объединяющее их «...появление на фоне психоэмоционального стресса соматических жалоб в отсутствие морфологического изменения соответствующих тканей» (Незнанов Н.Г. и др., 2009 с клинической точки зрения также не выдерживает никакой критики, поскольку оно не имеет психопатологического отражения сущности обозначаемых им психических расстройств. Пожалуй, нигде, как именно в этой области клинической медицины, очевидна вся сложность взаимоотношений психического и соматического, функционального и органического.

И именно эта группа больных из-за несоответствия между переносимым ими неприятным, тягостным соматическим дискомфортом, в том числе и болевыми ощущениями, и отсутствием выявляемого адекватного органического субстрата, не может быть сегодня причислена к какой-либо известной нозологической категории соматической патологии и поэтому склоняет врача-интерниста, к которому они обращаются в первую очередь, считать их то «психопатами», то «невротиками», то просто «мнимыми больными», направляя на консультацию к психиатру.

В свою очередь, отсутствие представлений о нозологической специфике соматоформных расстройств зачастую не позволяет психиатру целенаправленно использовать традиционный клиничко-психопатологический метод исследования для изучения синдромакинеза психопатологических феноменов, характерных для нарушений невротического регистра, что приводит к некачественной диагностике, ошибочной терапевтической стратегии, способствует формированию хронических форм и затяжного течения.

Работы последних лет, посвящённые исследованию указанной нами психиатрической патологии, указывают на необходимость выявления и учёта патогенетического единства функциональных симптомов и интегративного к ним подхода, включающего анализ и многомерный синтез существующих концепций (биопсихосоциальная, конституционально-генетическая, концепция соматосенсорной амплификации и др.) соматоформных расстройств. Интенсивно ведутся в настоящее время и весьма перспективные исследования по созданию формализованного клиничко-психологического подхода к определению, классификации и диагностике трудно квалифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств, а также психологических и поведенческих факторов, лежащих в основе симптомообразования (таких, как поведение болезни, дисфункциональные убеждения о здоровье и болезни и т.п.). Согласно существующим данным в ряде публикаций, по крайней мере, часть трудностей диагностики, характерная для клинического подхода, обусловлена недоучётом психологических и поведенческих факторов и механизмов симптообразования и хронификации симптомов (Рассказова Е.И., 2013).

Следовательно, данная категория больных с кажущимися висцеральными страданиями, диспептическими явлениями, болевыми ощущениями ещё подлежат всестороннему выяснению с последующим включением в определённый психиатрический нозологический раздел, понятный врачу в процессе его клинического мышления, для выстраивания им научно обоснованной диагностической позиции с последующей разработкой мероприятий лечебно-реабилитационной направленности.

Орешкина Е.В., Васильева А.А., Калинина С.Ю., Лопатина В.В.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

1 декабря 2017 года будет 10 лет со дня организации и работы социальной службы в СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца». Во время работы сотрудники службы сталкиваются с труднорешаемыми задачами.

Так, например, возникали трудности при восстановлении документов на собственность пациентами, оформляющихся на постоянное место пребывания в психоневрологический интернат. Приходилось обзванивать множество организаций, связывались с жилищным комитетом Санкт-Петербургским Государственным предприятием Горжилобмен, нотариусами. На это уходило очень много времени. С введением закона № 360-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» процедура упростилась. Через МФЦ мы заказываем формы из Единого государственного реестра недвижимости. Выписки ЕГРН достаточно для подтверждения прав собственности пациента.

Отдельный аспект нашей работы – это взаимоотношения с инспекторами Отделов Опек и попечительства. Краеугольным камнем является вопрос: кто является опекуном недееспособных пациентов, не имеющих опекунов и находящихся на излечении в стационаре.

В статье 39 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в редакции федерального закона от 25.11.2013 № 317 указано: *«выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя».*

В федеральном законе № 48 ст. 11 п. 5 «Об опеке и попечительстве»: *«Опекуны или попечители не назначаются недееспособным или не полностью дееспособным лицам, помещенным под надзор в образовательные организации, медицинские организации... Исполнение обязанностей опекунов или попечителей возлагается на указанные организации».*

Если стационар является опекуном, то почему мы спрашиваем разрешение на расходование денежных средств? на помещение в психоневрологический интернат?

Ведь только с органами опеки и попечительства заключаются договоры социального найма и о стационарном социальном обслуживании гражданина, признанного судом недееспособным.

В приглашениях на помещение в психоневрологический интернат указано: при помещении недееспособного пациента должен присутствовать опекун. Зачастую при выполнении этого пункта возникают проблемы. И вопрос: «Обязан ли специалист Отдела опеки сопровождать недееспособного гражданина, не имеющего опекуна, при поступлении в психоневрологический интернат?» каждый раз решается как первый.

До сих пор остались открытыми следующие вопросы:

1. Распоряжение имуществом недееспособных, не имеющих опекуна: кто несет ответственность? Кто защищает имущественные права?

2. Заключение договора аренды квартиры недееспособного, не имеющего опекуна?

Во отношениях с психоневрологическими интернатами также существуют трудности. Приказом Комитета по социальной политике от 13.07.2015 года № 93 отменен Приказ Комитета по труду и социальной защите населения Правительства Санкт-Петербурга от 17.04.2006 № 60 «О порядке, условиях приема, перевода и выписки граждан пожилого возраста и инвалидов из государственных стационарных Учреждений социального обслуживания Санкт-Петербурга». Это означает: в настоящий момент нет законодательного акта, благодаря которому регулируется вопрос сдачи документов и помещения пациентов в интернаты.

Кроме того, в соответствии с Перечнем социальных услуг в Санкт-Петербурге, утвержденным Законом Санкт-Петербурга от 26.12.2014 № 717-135 «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге» введены АКТы об индивидуальной нуждаемости гражданина в социальных

услугах в стационарной форме социального обслуживания. В Законе не регламентируется порядок работы с индивидуальной программой предоставления социальных услуг (ИППСУ). У каждого психоневрологического интерната свои требования. Нами направлено письмо в Комитет по Социальной политике с просьбой о разъяснении данных вопросов.

В области взаимоотношений с психоневрологическими интернатами открытыми остались следующие вопросы:

1. В каких ситуациях при помещении подопечного в интернат, опекун может оставить опеку. Можно ли оформить опеку над недееспособным гражданином, проживающим в интернате. Распределение обязанностей. Если ситуация возможна, то где должен быть зарегистрирован подопечный? (в интернате? По месту регистрации?)

2. При помещении недееспособного пациента в интернат. Что с жильем подопечного: если квартира – государственная собственность? Если жилье в частной собственности?

Вопросы, не решенные на сегодняшний день:

1. Для восстановления/обмена паспорта отдел вселения и регистрации требует свидетельство о рождении, свидетельство о браке. ЗАГС без паспорта дубликаты данных справок не выдает.

2. Что делать в ситуациях, когда у пациентов нет регистрации и сведений об их регистрации на территории России? (нет возможности зарегистрировать в центре БОМЖ, восстановить паспорт, определить в ПНИ, оформить пенсию).

3. Куда обращаться в ситуациях нахождения в больнице пациентов, не являющихся гражданами России (Казахстан, Грузия, Украина, Белоруссия), не имеющих документов, регистрации (в частности паспортов)?

4. Планируется ли каким-либо образом решать вопрос о трудоустройстве (частичном предоставлении работы) пациентам-инвалидам, страдающим психическим заболеванием?

Хотелось бы получить разъяснения наболевшим вопросам за круглым столом при совместном участии представителей отделов опеки и попечительства, психоневрологических интернатов и психиатрических стационаров.

Нурходжаев С.Н., Бабарахимова С.Б.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ У ЖЕНЩИН, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность изучения депрессивных расстройств связана с их высокой распространенностью и низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий. Проблема лекарственной резистентности депрессивной патологии определяется частотой резистентных состояний в практике лечения психической патологии. Фактически каждый третий пациент в перспективе становится резистентным к лечению. В рамках борьбы с резистентными состояниями основная роль принадлежит профилактическому направлению, связанному с адекватным и рациональным применением фармакотерапевтического пособия на основе знаний фармакодинамики и фармакокинетики препаратов-представителей базовой терапии. Вопрос поиска противорезистентной терапии при невозможности достигнуть ремиссию в случаях применения монотерапии антидепрессантами у пациентов с депрессивным расстройством широко обсуждается в научной литературе. Согласно исследованиям российских психиатров, в последние годы определяется высокая выявляемость терапевтической резистентности у категории пациентов с коморбидными личностными и депрессивными расстройствами. В настоящее время существует несколько направлений в оценке взаимосвязи личностных особенностей и формирования депрессивной патологии. Зарубежные исследователи

отводят решающую роль конституционально-генетическим характеристикам, рассматривая их как определяющие дальнейшее течение и проявления заболевания, отмечают патопластическое влияние преморбида на клиническую картину депрессии и выделяют определенные личностные черты, как предикторы развития депрессии. В большинстве современных источников личностные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину терапевтически резистентных депрессий и требующих психотерапевтической коррекции в рамках терапии периодов обострения.

Цель исследования: изучить клинические особенности фармакорезистентных депрессий для осуществления комплексной лечебно-реабилитационной помощи и оптимизации психотерапевтического подхода в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

Материалы и методы исследования: обследовано 30 женщин в возрасте от 29 до 42 лет, находившихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической больнице города Ташкента. Критерием для отбора пациентов было наличие на момент госпитализации депрессивной симптоматики и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также наблюдаемая в течение трёх недель госпитализации фармакорезистентность к назначаемым психотропным препаратам. Ведущими методами исследования являлись клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник уровня тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI).

Результаты и обсуждение: в ходе исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались согласно МКБ-10, как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) – у 33,3 % пациенток, рекуррентное депрессивное расстройство тяжелой степени (F 33.2) – у 26,7 % женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) – у 20 % обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) – у 17 % женщин и рекуррентное депрессивное расстройство средней степени (F 33.1) – у 3 % обследованных. С целью установления возможных соотношений между структурой личности и нозологической принадлежности депрессивного расстройства проведены патопсихологическое, экспериментально-психологическое и психодиагностическое исследования. С помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI) было выявлено пять основных конституционально-личностных типов, характерных для больных с терапевтически резистентными депрессиями: шизоидное расстройство личности – у 12 пациенток (40 %), эмоционально неустойчивое – у 8 пациенток (28 %), истерическое – у 4 пациенток (12 %); тревожное – у 3 пациенток (10 %), ананкастное – у 3 пациенток (10 %). По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессивные расстройства тяжелой степени встречались у женщин с шизоидным расстройством личности, у которых выявлялись повышенная чувствительность, впечатлительность, легкая ранимость и обидчивость. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжелой и крайне тяжелой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25 % больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с тревожным расстройством личности в 75 % случаев была выявлена депрессия тяжелой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжелой степени встречались в 12,5 % случаев. У них имели место такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утрированному самонаблюдению; рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 4 пациенток с истерическим типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к мани-

пулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. При эмоционально неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80 %), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений. Среди всех обследованных ананкастный тип личности встречался в 10 % случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. Больные с шизоидным типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с тревожным типом личности испытывали быстрое утомление, с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятном микроклимате в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с ананкастным и тревожным типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени отмечалась трудовая дезадаптация, сокращалось кол-во социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные тенденции, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с эмоционально неустойчивым типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100 % случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Женщины с истерическим типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали значительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, указывали на ухудшение психоэмоционального состояния и способность функционировать в повседневной жизни. При установлении взаимосвязи между типом личности и клинической картиной депрессивного состояния были получены следующие результаты: при шизоидном расстройстве личности характерны сенесто-ипохондрические и деперсонализационные депрессии; при истерическом расстройстве личности преобладают экзистенциальные депрессии и деперсонализационные депрессии с невротической, истерической деперсонализацией, при тревожном расстройстве личности отмечались тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии; для больных, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны соматизированные, маскированные депрессии, а для ананкастного расстройства личности наиболее часто характерно было развитие ипохондрических депрессий с доминированием обсессивно-компульсивных расстройств.

Выводы: таким образом, установленные особенности клинической картины терапевтически резистентных депрессий дают возможности определить степень тяжести депрессии, полиморфизм клиники, являются фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяют оптимизировать комплексность психофармакотерапии и более дифференцированно осуществлять психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей женщин.

Омельченко М.А., Румянцев А.О.

ПРЕВЕНТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХОТИЧЕСКИМ РИСКОМ. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

НЦПЗ, Москва

До настоящего времени не разработаны четкие диагностические критерии, позволяющие с высокой степенью достоверности предугадать манифестацию психоза. Исследователи сходятся во мнении, что одним из наиболее важных маркеров начинающегося психотического расстройства является обнаружение отдельных симптомов психотического уровня, представляющие собой различные субклинические аномалии в сферах перцепции, мышления, речи и внимания по степени выраженности и/или продолжительности, не попадающие под критерии собственно психотических [Schultze-Lutter F., 2009]. В зарубежных публикациях, в том числе и в классификации DSM-V, введено понятие «ослабленного (аттенуированного) психотического синдрома» [APA, 5-th ed.]. Также предложено использование термина «психотический риск» для общего обозначения этих симптомов. Установлено их особое прогностическое значение в отношении риска манифестации эндогенных психозов. По результатам исследований [Kessler R. et al, 1993; Fusar-Poli P. et al, 2012; Rurhmann S. et al, 2010; Woodberry K. et al, 2016] манифестация психоза в течение 6 месяцев после возникновения аттенуированной психотической симптоматики составляет 18 % (12-25 %), в течение года – 22 % (17-28 %), в течение 2 лет – 29 % (23-36 %), в течение 3 лет – 32 % (24-35 %) и более 3 лет (3-5 лет) – 36 % (30-43 %). Так, по данным Mees L. (2011) у 40 % из 377 пациентов, имеющих аттенуированную психотическую симптоматику, развилось манифестное психотическое состояние в течение 2,5 лет наблюдения. Однако даже при отсутствии манифестации психоза у исследуемых больных отмечается значительное снижение уровня социального и ролевого функционирования [Addington J. et al, 2011]. Кроме того, установлено, что аттенуированная психотическая симптоматика имеет тенденцию к персистенции. Средний уровень ремиссии у этих больных составляет от 15,4 % до 54,3 % [Simon A., Velthorst E., 2011]. Если говорить о симптоматической ремиссии, то она формируется в течение года лишь у 57,1 % больных, а в течение 2 лет – у 59, 2 % пациентов. Также установлено, что персистирующая аттенуированная психотическая симптоматика напрямую коррелирует не только с худшим функциональным исходом, но и снижением качества жизни, а также развитием резистентности к психофармакотерапии [Marshall M. et al, 2005; Perkins D. et al, 2005; Leeson V. et al, 2009].

По данным метаанализа нескольких сотен исследований [Heinssen R., Insell T., 2014] было показано, что раннее вмешательство на доманифестном этапе эндогенных психозов снижает риск манифестации, по некоторым данным, до 50 % за 12 мес катамнестического наблюдения [Stafford M. et al, 2013; van der Gaag M. et al, 2013].

Полученные данные свидетельствуют, что применение низких доз атипичных антипсихотических препаратов в терапии больных с аттенуированными психотическими симптомами может отсрочить начало психоза. Так, в исследовании McGlashan T. (2006) уровень манифестации у таких больных при лечении оланзапином в течение года составил 16,1 %, а у пациентов, получавших плацебо – 37,9 %. Сходные данные были получены и McGorry P. (2002) при сравнительном исследовании двух групп пациентов, в первой из которых применялась когнитивно-бихевиоральная терапия, а во второй – ее сочетание с рисперидоном. В течение 6 мес в первой группе манифестный психоз развился у 35,7 % больных, а во второй – лишь у 9,7 %. Также подтверждена эффективность арипипразола [Woods S. et al, 2007] и амисульприда [Rurhmann S. et al, 2007] в отношении снижения риска манифестации психоза. Назначение атипичных антипсихотиков также коррелирует с улучшением или, по крайней мере, отсутствием ухудшения когнитивных функций у исследуемой когорты больных [Tandon R. et al, 2000; Keefe R. et al, 2007]. Имеются данные и о положительной корреляции между лечением и улучшением внимания и регуляторных функций, что связано с лучшим функциональным исходом [Green M. et al, 2000; McGurk S. et al, 2000].

Однако помимо терапевтической эффективности при назначении антипсихотиков пациентам этой группы по данным исследований [Kelly C. et al, 2010; McGorry P. et al, 2002; Rurhmann S. et al, 2007;

McGlashan T. et al, 2006] часто встречались побочные эффекты – для амисульприда в 81 % случаев развивалось повышение уровня пролактина, для арипипразола в 60 % случаев акатизия, для оланзапина – увеличение веса в 61,3 % и седация в 29 %, для рисперидона – ригидность мышц в 12 % случаев.

Также имеются данные, что атипичные антипсихотики не имеют долгосрочного эффекта, и после прекращения лечения у пациентов вновь повышается риск манифестации психоза, который достигает в среднем 35 % [McGlashan T. et al, 2006]. А с другой стороны, длительное применение антипсихотиков, даже в малых дозах, способно вызвать сенсбилизацию клеток головного мозга, что способствует наступлению «гиперсенсбилизированного психоза» после отмены терапии [Moncrieff J. 2006]. На основании этих аргументов ряд исследователей не рекомендуют применение антипсихотиков в ведении таких больных [Stafford M. et al, 2013; McGorry P. et al, 2013].

Другие исследования показывают эффективность антидепрессантов в отношении снижения риска манифестации психоза [Cornblatt B. et al, 2007; Fusor-Poli P. et al, 2007; Walker E. et al, 2009]. В целом, по результатам этих работ антидепрессанты могут рассматриваться как предпочтительная терапия подростков и юношей с аттенуированными психотическими симптомами.

Имеются данные о положительном влиянии психотерапии в отношении риска манифестации психоза. Рандомизированное исследование применения когнитивно-бихевиоральной терапии в течение 6 мес показало его снижение на 15 %, при этом улучшение было длительным и сохранялось на протяжении 3 последующих лет [Morrison A. et al, 2007]. Также, помимо аттенуированной психотической симптоматики, есть еще и другие мишени терапии больных из этой группы, такие как психосоциальное функционирование, функциональный исход и когниция, для купирования которых широко применяется психотерапия [Pitschel-Walz G. et al, 2001; Combs D. et al, 2007; McGurk S. et al, 2007].

Также оценивалась эффективность лечения больных из обследуемой группы такими лекарственными средствами как малые дозы лития, модуляторы глутаматергической системы (ампакины, глицин, мемантин), эритропоэтин, N-ацетилцистеин, ингибиторы антиоксидазы [Berger G. et al, 2007]. Из представленных препаратов статистической достоверностью и возможностью стать альтернативой антипсихотикам обладали низкие дозы лития.

Обсуждается эффективность омега-3 жирных кислот (эйкозапентаеновая кислота и докозагексаеновая кислота) в отношении предупреждения манифестации психоза [Amminger G. et al, 2007]. По результатам катанестического исследования за 12 мес в группе получавших омега-3 ЖК манифестировало 5 %, против 29 % в группе плацебо, также была показана не только редукция продуктивной, негативной и общей симптоматики, но и улучшение социального функционирования [Amminger G. et al, 2010], при этом различия оставались достоверными на протяжении всего 12-месячного периода наблюдения.

В целом, несмотря на большое кол-во данных, отсутствие единого подхода к ведению больных с психотическим риском, неразработанность его клинической типологии, четких, структурированных терапевтических ступеней, перечня препаратов первой линии выбора, обоснованных сроков проведения терапии, а также условий ее прекращения приводит к необходимости проведения тщательного клинико-психопатологического анализа таких состояний и разработке единой тактики дифференциальной диагностики и курации.

Пашковский В.Э., Федоровский И.Д.

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ФАКТОРА НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность. Состав семьи и взаимоотношения пациента с членами семьи является важным критерием его социального функционирования. Чем большую поддержку получает больной от членов семьи, тем лучше тем более он социально адаптирован.

Целью исследования является изучение больных шизофренией и семьи, как психосоциального фактора, влияющего на частоту госпитализаций.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы амбулаторные карты 1327 больных с психическими расстройствами шизофренического спектра, наблюдающихся у психиатров психоневрологического диспансера № 5 Красногвардейского района Санкт-Петербурга. Пациенты всей выборки, были поделены на три группы: две исследуемые и одну контрольную. Частота госпитализаций в исследуемых группах определялась за последние 10 лет. В 1-ю группу (частые госпитализации) вошло 38 больных в возрасте $51,7 \pm 3,9$ лет, имеющих коэффициент частоты госпитализаций в психиатрический стационар 3 и более раз в 5 лет. Во 2-ю группу (редкие госпитализации) также вошло 38 чел., имеющие одну или не имеющих госпитализаций в психиатрический стационар в течение последних 5 лет. 3-ю группу (контрольную) составили 40 пациентов, частоты госпитализаций которых не определяются ни как частые, ни как редкие. Эти пациенты были в возрасте от 19 до 44 лет. Критериями исключения являлись псевдоорганический дефект с выраженными проявлениями атактического мышления или шизофазии и соматические заболевания в стадии декомпенсации. В исследовании использовались клиничко-психопатологический, клиничко-архивный и статистический методы. Применялись формализованная карта исследования пациентов, состоящая из 5 модулей, и опросник И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера. С помощью статистического пакета STATISTICA 6.0 проводилось вычисление показателей описательной статистики. Для установления корреляционных связей применялся коэффициент ранговой корреляции по Кендаллу (τ). Анализ вида зависимости одного признака от одной или нескольких переменных проводился методом линейного регрессионного анализа. В настоящем исследовании достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По своему семейному положению 65,00 % больных никогда не вступали в брак, 12,50 % были женаты (замужем), 13,75 % находились в разводе, 7,50 % в гражданском браке и 1,25 % были вдовыми. Коммуникативные показатели были следующими: полностью перестали общаться с друзьями и знакомыми 31,25 %, продолжали ежедневно общаться 21,25 %, еженедельно – 35,00 %, 1 раз в месяц – 6,25 %, 1 раз в 3 месяца – 5,00 %, 1 раз в 6 мес. – 1,25 %. За время болезни изменялась и характеристика круга общения. Разнообразный круг общения, в значительной степени по инициативе больного, сохранялся лишь у 8,75 % обследуемых. Общение с домашними и небольшим кол-вом друзей и знакомых, в том числе и по инициативе больного, сохранялось у 41,25 %, ограничение общения только семейным окружением, в том числе и по инициативе больного, – у 6,25 %, общение с узким кругом лиц, в основном с членами семьи по их инициативе, носящее эпизодический характер, – у 22,50 % и полное отсутствие потребности в общении выявлялось у 21,25 % пациентов. Показатели семейного положения и коммуникативные показатели имели отрицательную корреляционную связь с числом госпитализаций, т.е. чем хуже было семейное положение и чем более были утрачены навыки коммуникации, тем чаще больные госпитализировались в психиатрическую больницу. По характеру отношений с окружающими 76,25 % больных вели себя спокойно, 1,25 % проявляли легкую раздражительность, у 12,50 % отмечался общий фон недовольства, но сохранялась способность сдерживать себя, 2,50 % в общении проявляли раздражительность и с трудом сдерживали себя, у 7,50 % взаимоотношения с окружающими носили крайне конфликтный характер. Корреляционная связь между показателями конфликтности и частотой госпитализаций оказалась статистически незначимой.

Данные о семейном положении оценивались 1-5 баллами. Большинство пациентов 1-ой и 3-ей групп были холостыми, в то время как большинство пациентов 2-ой группы – женатыми. Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в 1-ой – 5,0 (5,0-5,0), во 2-ой – 2,0 (1,0-2,0) и в 3-ей – 5,0 (3,0-5,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0000. Значимые различия были выявлены между 1-ой и 2-ой группами ($p < 0,01$) и между 2-ой и 3-ей группами ($p < 0,01$).

По составу семьи в 1-ой и 3-ей группах, соответственно в 17 (44,7 %) и 26 (65,0 %) случаях преобладали семьи, в которых больной жил с родителями. Во 2-ой – большинство семей 15 (39,5 %) состояли из супругов (один из которых пациент) и их детей. Одиноких больных было

по 8 (21 %) в 1-ой и 2-ой группах. В 3-ей таких пациентов было 4 (10 %). Различий как по тесту Краскелла-Уоллиса и по тесту Манна-Уитни не выявлено.

Положение больного в семье оценивалось 1-4 баллами. Семей, где больной был главой, основным кормильцем и его мнение в семейных делах было решающим, в 1-ой группе не было, во 2-ой и 3-ей соответственно 9 (23,7 %) и 4 (10,0 %). Семей, где больной не является главой, но с его мнением считаются, в 1-ой группе было 9 (23,7 %), во 2-ой – 21 (55,3 %), в 3-ей 21 (52,5 %). Семей, где больной занимает подчиненное положение, целиком зависит от родственников и сего мнением не считаются, в 1-ой группе было 21 (55,3 %), во 2-ой – 4 (10,5 %), в 3-ей – 14 (35,0 %). Потерявших связь с семьей в 1-ой группе было 8 (21,0 %), во 2-ой – 4 (10,5 %), в 3-ей -1 (2,5 %). Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в 1-ой – 3, 0 (3,0-3,0), во 2-ой – 2,0 (2,0-2,0) и в 3-ей – 2,0 (2,0-3,0). Значение p для всех групп (тест Краскелла-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0000. Значимые различия были выявлены между 1-ой и 2-ой группами ($p < 0,01$) и между 1-ой и 3-ей группами ($p < 0,01$).

Заключение. Данные настоящего исследования оказались близки с подобными, например, М. Szkultecka-Dębek с соавторами показали, что в выборке из 961 пациентов (средний возраст 40,7 года, частота госпитализаций в среднем раз в год, с посещением психиатра в 9,4 раза в год) 61 % не вступали в брак, 12 % были разведенными, 22 % были женатыми и сожительствующими, 17 % были одинокими. В настоящем исследовании эти показатели у больных с частыми госпитализациями соответственно равнялись 76,3 %, 7,9 %, 15,8 % и 21,0 %. Таким образом, настоящее исследование выявило различия и сходства показателей социальной адаптации у больных параноидной шизофренией с частыми и редкими госпитализациями, что может быть использовано при разработке реабилитационных программ.

Петрова Н.Н.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНАЯ ДЕПРЕССИЯ

СПбГУ, Санкт-Петербург

Лимит эффективности монотерапии антидепрессантами не превышает 70 %. 60 % больных депрессией не достигают полной редукции симптоматики в ходе лечения. Более чем у 50 % пациентов, перенёвших депрессивный эпизод, возникает рецидив.

В задачи исследования входило дать клинико-феноменологическую характеристику резистентной депрессии и уточнить факторы риска развития терапевтической резистентности.

Материал и методы исследования. Обследованы пациенты, находившиеся на стационарном лечении с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33 по МКБ-10) и наличием терапевтической резистентности (73,3 % – женщины) в возрасте $53,5 \pm 1,1$ лет. Длительность заболевания составила в среднем $10,9 \pm 1,2$ лет. Статистическая обработка проводилась с применением программы Windows Microsoft Office Excel 2007.

Результаты. Только 40 % пациентов с резистентной депрессией работали, 30 % утратили трудоспособность вследствие заболевания. Утрата трудоспособности коррелирует с давностью и числом рецидивов депрессии ($r=0,53$; $p < 0,001$ и $r=0,42$; $p < 0,02$, соответственно). 60 % пациентов состояли в браке, 10 % никогда не состояли в браке, были одиноки. Риск микросоциальной дезадаптации выше у пациентов с большей давностью заболевания ($r=0,38$; $p < 0,05$) и большим числом рецидивов ($r=0,45$; $p < 0,02$). 10 % пациентов имели только среднее, 30 % – среднее специальное, 60 % – высшее образование. 13,3 % больных имели наследственность, отягощенную депрессивными расстройствами, и такое же число пациентов – наследственность, отягощенную другими психическими заболеваниями. Продолжительность депрессивных приступов достигла $81,6 \pm 4,1$ дня. Кол-во перенесенных эпизодов в течение жизни составило в среднем $4,9 \pm 0,6$ раз (от 1 до 12 приступов). 13 % больных перенесло 10 и более депрессивных эпизодов. В 60 % случаев имелись типичные суточные колебания состояния с ухудшением в утренние часы. 13 % пациентов испытывали ухудшение самочувствия к вечеру, а у

27 % пациентов суточная динамика не была выявлена. Диссомния была отмечена у 73,3 % больных. Соматоформные расстройства наблюдались у 63,3 % пациентов, и часто выступали на первый план в клинической картине. У 36,7 % пациентов имелись конгруентные аффекту идеи собственной неполноценности и никчёмности. 23 % больных за период болезни совершали суицидные попытки, наиболее часто – путем отравления с помощью психотропных средств (антидепрессантов или снотворных препаратов), на фоне рецидива заболевания, при наличии поддерживающей терапии. Еще 40 % больных имели суицидные мысли. Таким образом, более 60 % пациентов с резистентной депрессией имели суицидные тенденции. В 80 % случаев выявлен тревожно-депрессивный, в 63,3 % – апато-депрессивный, в 60 % – астено-депрессивный синдром, т.е. синдромальная структура аффективного расстройства характеризовалась преобладанием ассоциации депрессии и тревоги. У 30 % больных наблюдалась коморбидность депрессии и панического расстройства. 23 % пациентов злоупотребляли алкоголем на фоне рецидива аффективного расстройства, чтоб «уменьшить симптомы заболевания». 26 % больных имели никотиновую зависимость. В 66,7 % случаев была выявлена сопутствующая хроническая соматическая патология. У 30 % пациентов отмечалось повышение уровня гормонов крови, в том числе: кортизола – 7 %, пролактин – 10 %, дегидроэпиандростерона – 5 %, эстрадиола – 8 % случаев. Роль стресса в развитии депрессии подтверждается прямым параллелизмом между уровнем кортизола и наличием психотравмирующей ситуации ($r=0,42$; $p<0,02$). Установлена зависимость между кол-вом рецидивов и давностью заболевания ($r=0,52$; $p<0,01$). Начало заболевания в подростковом или пожилом возрасте сопряжено с увеличением числа рецидивов ($r=0,58$; $p<0,05$). Чем больше рецидивов депрессии перенес больной, тем длительнее был период госпитализации ($r=0,37$; $p<0,05$). Большинство пациентов (60 %) придерживались регулярной поддерживающей терапии. Наличие побочных эффектов (50 %) психофармакотерапии сопровождалось нарушением режима терапии, которое, в свою очередь, было сопряжено с рецидивами ($p<0,05$). Нежелательные явления психотропной терапии чаще всего обуславливали отказ от регулярного поддерживающего лечения, однако 10 % пациентов прекратили приём препарата в связи со значительными для них затратами на лечение, а 7 % пациентов самостоятельно отменили терапию из-за организационных трудностей, связанных с приобретением препарата. Наиболее часто в лечении больных резистентной депрессией применялись антидепрессанты из группы СИОЗС и антипсихотики (соответственно, 80 и 73,3 % случаев). ТЦА использовались в 33,3 %, СИОЗСиН – в 16,7 %, нормотимики – в 13,3 %, корректор нейролептических побочных эффектов – в 26,6 % случаев. 56 % пациентов получали три препарата одновременно, 25 % – четыре препарата, 19 % – пять и более препаратов. 3 % пациентов перенесли курс ЭСТ для преодоления резистентности, после чего был отмечен положительный эффект. Выявлена зависимость между длительностью госпитализации и терапией ТЦА ($r=0,44$; $p<0,02$), СИОЗС ($r=0,47$; $p<0,01$), антипсихотиков ($r=0,5$; $p<0,01$).

Таким образом, больные с резистентной депрессией характеризуются значительной частотой побочных эффектов и нарушения режима терапии, сопутствующей соматической патологии, злоупотребления психоактивными веществами, коморбидности депрессии и тревоги, суицидных тенденций. Формированию терапевтической резистентности способствуют неблагоприятные психосоциальные факторы ($r=0,53$; $p<0,001$). Терапевтически резистентная депрессия характерна для больных женского пола, с более поздним началом заболевания (инволюционный период), что сопряжено с наличием гормональных нарушений.

Поляков Ю.И.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РЕЗИСТЕНТНОГО ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН, Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Обсессивно-компульсивный синдром (ОКС) является хорошо очерченным и обычно достаточно, легко диагностируемым психопатологическим феноменом, который встречается

при самых разных по этиологическим и патогенетическим механизмам состояниях. Однако, как правило, ОКС с трудом поддается всем видам рекомендуемой терапии, несмотря на ее интенсивность и длительность.

С чем это связано? Прежде всего, именно с большим континуумом расстройств, при которых мы его наблюдаем: от чисто невротических и личностно обусловленных состояний до органических заболеваний головного мозга и шизофрении. Причем, важно отметить, что ОКС при невротических и неврозоподобных состояниях по степени резистентности к терапии нередко не уступают обсессивно-компульсивным проявлениям при выраженных психотических состояниях экзогенно-органического генеза, шизофрении и аффективных (депрессивных) расстройствах.

В частности, существует ряд хронических патологических состояний, это, в основном, тяжелые медикаментозно некурабельные состояния, которые могут несколько отличаться по внешним клиническим проявлениям и по разному называться (обсессивно-компульсивные расстройства, шизофрения с навязчивыми проявлениями, ананкастная психопатия, неврозы навязчивых состояний, синдром Жюль де ля Туретта). Однако, в любом из этих вариантов патологии присутствует единый, общий нейрофизиологический механизм, реализующий устойчивое патологическое состояние. Все перечисленные нарушения относятся к категории навязчивых состояний.

Принципиально важно до начала терапии ОКС решить вопрос о его принадлежности к тому или иному «базовому» заболеванию. При попытках преодоления терапевтической резистентности в обязательном порядке необходимо учитывать всю клиническую картину заболевания, отдавая приоритет этио-патогенетической природе текущего состояния и делая упор на лечение «базовой» болезни.

В дальнейшем вполне возможно и даже обязательно использовать и синдромо-ориентированную терапию для преодоления терапевтической резистентности ОКС (сочетание и варьирование доз психотропных средств, плазмаферез, электросудорожную терапию, стереотаксические методы, и др.).

Сегодня наиболее эффективным способом преодоления терапевтической резистентности при ОКС можно считать обратимое или необратимое стереотаксическое воздействие.

С физиологической точки зрения для преодоления терапевтической резистентности адекватным представляется разрушение устойчивого патологического состояния (по акад. Н.П. Бехтеревой), которое и является основой резистентности. После ликвидации устойчивого патологического состояния становится возможным формирование новых функциональных связей для обеспечения нормализации психической активности.

В основе патологического процесса – нарушение функций лимбической системы – ее гиперактивация.

Существует определение лимбической системы как соединительного звена между новой корой, с ее сенсомоторной и познавательной функцией, и средним мозгом. О лимбической системе говорят как об «эмоциональном мозге», лимбическая система может «добавить эмоциональную окраску психическому процессу». Ключевая структура лимбической системы – поясная извилина – обладает свойствами избирательного фильтра, способного выделять адекватные, полезные сигналы и усиливать их. Основное назначение лимбической системы состоит в избирательной аффективной (эмоциональной) поддержке физиологических процессов. Аффективная поддержка актуализирует и усиливает поведенческие акты и связанные с ними сенсорные, моторные, вегетативные проявления. Важно подчеркнуть такую особенность лимбической системы в норме, как способность быстро переключаться с аффективной поддержки одного поведенческого акта на другой поведенческий акт.

Ниже приведены ядра и проводящие пути, относящиеся к лимбической системе головного мозга, и являющиеся хирургическими (стереотаксическими) мишенями при лечебных воздействиях с целью преодоления терапевтической резистентности у пациентов с навязчивыми состояниями.

- поясные извилины;
- передние отделы внутренней капсулы;
- безымянная субстанция;

- медиобазальные структуры височных долей:
 - миндалина;
 - гиппокамп;
- передние и медиальные ядра таламуса;
- субкаудатная область (*nucleus accumbens*);
- серое вещество прозрачной перегородки;
- дорзальные ядра гипоталамуса.

Согласно теории патологической системы академика Г.Н. Крыжановского (2002) патологическая система складывается вокруг патологической детерминанты, которая содержит гиперактивный генератор. При удалении, разрушении детерминанты вся патологическая система может распасться.

При навязчивых состояниях гиперактивная лимбическая система, выполняющая роль патологической детерминанты, осуществляет узко направленную чрезмерную аффективную поддержку одной строго определенной для данного пациента функциональной подсистемы, реализующей определенное содержание обсессивно-компульсивного синдрома (поведенческого акта). В свою очередь, активированная подсистема с помощью механизма обратной связи дополнительно активирует гиперактивную лимбическую систему, благодаря чему замыкается порочный круг. Таким образом, при любом упомянутом варианте навязчивости существуют две группы проявлений: первая – это содержательная часть или просто содержание (фабула) обсессивно-компульсивного состояния – это характерные для данной патологии и данного пациента упорно повторяющиеся моторные, сенсорные, вегетативные проявления, поведенческие акты различной сложности, например, ритуалы. Вторая группа проявлений является показателем патологической гиперактивности лимбической системы. Эти проявления – тревожность и депрессия.

В свою очередь, функциональная система, реализующая содержательную часть обсессии, активирует лимбическую систему, вызывая в клинической картине появление тревожно-депрессивной симптоматики, связанной с целостной реакцией личности на появление обсессивно-компульсивных тенденций. Таким образом, замыкается «порочный круг» с реверберативным характером импульсации.

При этом в клинической картине мы обнаруживаем достаточно типичный обсессивно-компульсивный синдром, сопровождающийся выраженной тревогой и снижением настроения. Указанные аффективные расстройства, в свою очередь, ведут к актуализации навязчивости и снимаются только ее реализацией.

В настоящее время имеется достаточно данных, подтверждающих, что морфологической основой устойчивого патологического состояния, лежащего в основе обсессивно-компульсивного синдрома, является именно лимбическая система и непосредственно связанные с ней структуры мозга. Нейропсихологические, нейрохирургические, физиологические и нейровизуализационные исследования говорят за наличие при обсессивно-компульсивных расстройствах патофизиологического контура, состоящего из орбитофронтальной коры, стриатума, таламуса и передних отделов цингулярной коры. При ПЭТ-исследовании пациентов с обсессивно-компульсивными нарушениями отмечены изменения метаболизма глюкозы в таких отделах, как поясная извилина, хвостатое ядро, орбитофронтальная кора, субкаудатная область.

Соответственно, лечебные воздействия на структуры лимбической системы с целью устранения процессов неконтролируемой активации могут иметь положительный эффект в коррекции психопатологической симптоматики. Аналогичный эффект имеет воздействие на проводящие пути, связывающие упомянутые структуры с префронтальной корой, базальными ганглиями и вентральным стриатумом.

Таким образом, терапевтическая резистентность при ОКС может быть преодолена на путях оптимизации лечения так называемого «базового» заболевания, а также синдромонаправленного локального стереотаксического воздействия.

Радионон Д.С.

КЛИНИЧЕСКАЯ ТРИХОТОМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ В ОСНОВЕ РЕЛИГИОЗНО-МИСТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ БРЕДА ОДЕРЖИМОСТИ

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Историко-антропологический аспект. Становление религиозности неразрывно связано со всей историей человечества. На ее ранних этапах любое неизвестное явление мистичность, связывалось с воздействием внешних сил: светлых или темных. Любая «погодная аномалия», «удача на охоте», «рождение ребенка» – все это было, по верованиям первобытных людей, дело рук духов. Так же понимались и многие переживания, которые в наши дни расцениваются как психопатология. Во всех деяниях людских, событиях мира виделась рука «мистических» сил. Особенное отношение в связи с этим было к колдунам, ведьмам: их считали одержимыми, не рассматривая их с точки зрения медицинской науки. В наши дни стало очевидным, что для разграничения «медицинских» аспектов данного вопроса наиболее адекватным оказывается трихотомический подход.

Клиническая трихотомическая модель. В христианской антропологии, начиная с Ветхого Завета, человек рассматривался с позиции трехчастности – дух-душа-тело. В отечественную клиническую психиатрию понятие трихотомии из христианства выдающийся советский психиатр профессор Д.Е. Мелехов, развитие его идей продолжается в работах Б.А. Воскресенского. Трихотомию удобно представить в виде трех вписанных друг в друга кругов. Внутренний – тело – это соматическая составляющая человека, то есть органы и системы, материальный субстрат, патологией которого занимаются врачи-интернисты. Средний, наиболее важный для психиатра, – это душа, представляющая собой психические функции человека: воля, эмоции, мышление, восприятие, сознание и т.д. Их нарушения и проявляются как психопатологические симптомы и синдромы. Третий (наружный, высший) компонент трихотомии – это дух, совокупность ценностей. Здесь «обитают» философия, искусство, нравственность, религиозность и многие другие проявления творческой активности человека. Это – наряду с представителями соответствующих других призваний – поле деятельности священнослужителей. (Такое понимание трихотомии отличается от богословского, оно предназначено для решения лечебно-диагностических задач. Поэтому мы определяем его как клиническое).

В клинической психиатрии можно наблюдать, как компоненты данной трихотомии взаимодействуют между собой. Так патология головного мозга как материального, телесного субстрата может приводить к психопатологическим расстройствам, разворачивающимся во втором круге, оформляясь как экзогенная или, в частности, экзогенно-органическая патология. В чистом виде расстройства душевной части трихотомии в «чистом виде» представлены эндогенными (точнее говоря, эндогенно-функциональными расстройствами). Мы не отрицаем морфологические церебральные сдвиги при этого рода патологии, но подчеркиваем, что при них нет психоорганических расстройств в строго психопатологическом смысле). В контексте нашей темы значимой является связь души и духа. Если представить их в виде расположенных кругов, то можно обозначить несколько вариантов их взаимоотношения:

1. Круги располагаются «независимо друг от друга», К примеру, мы можем представить «бред ревности у верующего человека». То есть «вера», «религиозность» пациента не связана с имеющимся у него бредом ревности, как одним из компонентов психического расстройства. Или иначе, бредовые идеи не носят религиозного характера.

2. Круги частично «пересекаются друг с другом» – больной – человек, изначально верующий, религиозный, и при приступе душевного расстройства эти переживания включаются=преобразуются в психопатологические симптомы и синдромы..

3. Круги «накладываются друг на друга». Наиболее важное для нас отношение. В таком случае речь идет о переживаниях, которые, хотя и имеют религиозное содержание, но целиком и полностью оказываются бредовыми.

Клинические варианты симптомокомплекса одержимости. Бред одержимости наблюдается при 2-ом и 3-ем вариантах взаимоотношений «вера и болезнь». По данным ретроспективного анализа научных данных и собственных наблюдений можно выделить несколько основных вариантов данного симптомокомплекса:

1. Диссоциативный вариант. По клинической картине его может отнести к коду F44.3, Транс и одержимость (МКБ-10). Он характеризуется временным сужением сознания, узкой концентрацией на стимулах окружающей среды, состояниями овладения.

2. Параноидно-ипохондрический вариант. При данном варианте характерны ощущения физического неблагополучия, психалгии, сенестопатии, синестезии: все эти явления интерпретируются больным, как результат порчи, проклятья. Возможно наличие моторных неврологических симптомов, трактуемых, как следствие овладения высшими силами.

3. Галлюцинаторно-бредовой вариант. Наиболее распространенный. Встречается преимущественно в структуре расстройств шизофренического спектра. В основе данного варианта лежит синдром Кандинского-Клерамбо, проявления которого подвергаются мистической трактовки пациентка.

4. Депрессивно-бредовой вариант. С преобладанием идей греховности, депрессивного аффекта. Часто наблюдается бред метаморфозы: «превращение в дьявола», «беса».

5. «Кликушество». Частный вариант одержимости. По клиническим особенностям можно выделить в отдельный конверсионный тип, с преобладанием в структуре моторных проявлений. По данным Н.В. Краинского, совершив греховный поступок или получив вещь, от, по их мнению, «колдуна», со временем они начинают себя считать «испорченным». Развивается болезнь в течение недели, характеризуясь наличием *globus hystericus* (боль под ложечкой), ползанием мурашек, неприятным ощущением в горле. Первый припадок публичный, как правило, во время богослужения. Больной издаёт крики, гавкает, кукарекает, икает. Звуки издаёт громко. Кликуша падает на пол, бьётся головой о пол, мечется, катается. В конце приступа возникает расслабление мускулатуры. Бред и галлюцинации у кликуш не наблюдаются.

Заключение. Таким образом, разграничение собственно религиозно-мистического опыта и психических расстройств с таким же содержанием наиболее успешно осуществляется при трихотомическом подходе. Благодаря ему также становится возможным очертить границы компетенции врача-психиатра и священнослужителя в помощи душевнобольному-верующему и вместе с тем наметить формы их сотрудничества в этой деятельности.

Савельева К.А., Бабаев А.С.

МОНОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Наследственные заболевания эндокринной системы могут встретиться в клинической практике врача любой специальности, но в силу малой распространенности, редко распознаются специалистами первичного звена. Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) – группа наследственных заболеваний с аутосомно-рецессивным типом передачи, в основе которых лежит дефект ферментов адреналового стероидогенеза с нарушением синтеза гормонов в коре надпочечников. Клиническая значимость патологии обусловлена снижением синтеза жизненно-важных гормонов – кортизола и альдостерона, что может привести к развитию смертельно-опасного состояния – криза острой надпочечниковой недостаточности. К настоящему времени описано 7 форм заболевания, значительно различающихся по клинической картине, тяжести течения и назначаемой терапии.

Более 90 % случаев заболевания обусловлены дефицитом фермента 21-гидроксилазы. Наиболее тяжелые формы, выделяемые как классические, связаны с практически полным отсутствием активности фермента (не превышает 2 %) и протекают с яркой клинической картиной «синдрома потери соли» и нарушением строения гениталий с рождения. Мутации с сохранением

более 5 % активности фермента вызывают стертую клиническую симптоматику и определяются как неклассические формы заболевания. Стертые формы, как правило, диагностируются поздно, в подростковом и взрослом возрасте, преимущественно у женщин в связи с нарушением менструального цикла, фертильности, симптомами гиперандрогении.

Патогенез и диагностика заболевания тесно связаны. Основным диагностическим маркером данной патологии является 17-гидроксипрогестерон (17ОНР), уровень которого в сыворотке крови повышен. Являясь предшественником кортизола, 17ОНР при снижении активности 21-гидроксилазы, накапливается в избыточном количестве, поскольку находится непосредственно над уровнем ферментативного блока. При этом гормональной активностью, присущей гормонам коры надпочечников, 17ОНР не обладает. В условиях фермент-дефицитного нарушения стероидогенеза конечный синтез жизненно-важных гормонов – кортизола и альдостерона оказывается сниженным, что по механизму обратной связи приводит к избыточной секреции адренокортикотропного гормона (АКТГ) [4]. Стимулирующее действие АКТГ на кору надпочечников позволяет удерживать физиологический уровень кортизола, но приводит к избыточной секреции андрогенов, путь образования которых не заблокирован. В условиях физического стресса в связи с высокой потребностью к глюко- и минералокортикоидам, даже при стертой форме заболевания, может развиваться криз острой надпочечниковой недостаточности. Таким образом, повышенный уровень 17ОНР, АКТГ, тестостерона и нормальный (реже сниженный) уровень кортизола лежат в основе диагностики ВДКН. При необходимости дополнительно проводится генетическое исследование на наличие наиболее частых мутаций в гене 21-гидроксилазы – CYP21

Лечение тяжелых форм заболевания заключается в пожизненном назначении глюкокортикоидов и минералокортикоидов (при выраженных электролитных нарушениях) как при лечении хронической надпочечниковой недостаточности. Стертые формы заболевания требуют назначения глюкокортикоидов при значительной гиперандрогении и в условиях физического стресса. При еще более мягком течении неклассической формы у женщин возможна симптоматическая терапия (назначение комбинированных оральных контрацептивов с антиандрогенным эффектом).

Приводим клиническое наблюдение. Пациентка С., 48 лет, с 1996 г. неоднократно госпитализируется в ПБ №2 Святого Николая Чудотворца с диагнозом: шизофрения параноидная, непрерывное течение, отсутствие ремиссии, эмоционально-волевой дефект, параноидный синдром (F-20.006).

Из анамнеза: Родилась в Ленинграде. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Бабушка по линии матери страдала «нервным расстройством». Мать здорова, хотя относилась к заболеванию дочери без должной критики, считая что «лечение наносит вред», неоднократно обращалась к «целителям», которые, как она считала, «лечили» больную дочь.

Пациентка росла и развивалась нормально, от сверстников в развитии не отставала. В школу пошла вовремя. В общении всегда была замкнутой. С 7 до 14 лет активно занималась легкой атлетикой. В пубертатный период практически отсутствовали типичные феминные изменения внешности. Мать пациентки объясняла это тем, что «по рекомендации тренера дочь получала неизвестный гормональный препарат, после применения которого изменилось телосложение».

После окончания 8 классов общеобразовательной школы пациентка поступила в техникум авиаприборостроения. Образование закончила, но по специальности (техник) не работала. Устраивалась в основном на малоквалифицированные работы.

Психически больна с 24 лет, когда развилось аффективно-бредовая симптоматика, на высоте которой отмечались онейроидные включения, острый чувственный бред. Изначально заболевание имело шубообразное течение, в дальнейшем приобрело приступообразно-прогредиентный, а далее непрерывный тип течения. В клинической картине доминировала галлюцинаторно-параноидная симптоматика шизофренического типа, явления психического автоматизма. Сформировался эмоционально-волевой дефект в виде аутизации, редукции энергетического потенциала, обеднения эмоциональной сферы, снижения инициативности. Повторные госпитализации связаны с прогрессирующим течением заболевания, а также с нарушением приема препаратов. В период повторных госпитализаций неоднократно осматривалась гинекологом, эндокринологом. Описывались изме-

нения внешности, характерные для гиперандрогении: оволосение по мужскому типу, неразвитые молочные железы, гипертрофия клитора. Неоднократно рекомендовалось лабораторное и инструментальное обследование, однако после выписки из стационара пациентка по поводу эндокринных нарушений не обследовалась.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: в возрасте двух лет перенесла клиническую смерть (причина неизвестна), детские инфекции, ОРЗ.

Гинекологический анамнез: Менархе в 9 лет, менструации были нерегулярными, в течение короткого периода, затем наступила аменорея. Замужем не была. Б-0, Virgo.

При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, преимущественно по мужскому типу, хорошо развит мышечный корсет. Рост 150 см, вес 57 кг. Выраженные проявления андрогенной дермопатии: обильный рост темных стержневых волос на лице в области подбородка, щек, оволосение по мужскому типу в области лобка и передней брюшной стенки. Гирсутное число по шкале Ферримана-Голлвея 25 баллов. Молочные железы не развиты, соски маленькие, пигментированы слабо. Щитовидная железа не увеличена, узловых изменений не определяется. Эутиреоз. АД 120/80 мм рт ст, пульс 72 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. Со стороны дыхательной, пищеварительной систем – без клинически значимой патологии.

Осмотр гинеколога: наружные половые органы сформированы по женскому типу, отмечается недоразвитие малых половых губ, увеличение клитора.

УЗИ органов малого таза: матка 3,0×1,77×1,68 см, расположение обычное. Контур нечеткий, ровный. Эхогенность средняя. Эндометрий не дифференцируется. Шейка матки цилиндрической формы. Правый яичник 1,4×1,18 см. Левый яичник 1,37×1,19 см. Контур четкий, ровный. Капсула не уплотнена, не утолщена. Фолликулы единичные, по всей строме, максимальным диаметром 1,0-1,1 мм. Маточные трубы не визуализируются. Околоматочные пространства без видимых изменений. Заключение: ЭХО-признаки генитального инфантилизма 3 степени.

УЗИ органов брюшной полости, почек: печень не увеличена, контур четкий, ровный. Эхогенность не изменена. Структура неоднородная, мелкозернистая. Холедох не расширен. Желчный пузырь обычной формы, конкрементов не определяется. Поджелудочная железа, селезенка, почки – без патологии. Область надпочечников не изменена.

МРТ головного мозга: патологических изменений не выявлено. Заместительная гидроцефалия по смешанному типу. Киста скорлупы слева (0,15 см).

Данные лабораторных исследований: анализ крови: Hb 133 г/л, эр. 4,54·10¹²/л, лейкоцитарная формула в норме; СОЭ 9 мм/ч.

Общий белок 60 г/л, глюкоза 4,96 ммоль/л (4,2-6,1), общий холестерин 4,8 ммоль/л, АЛТ 16,8 Ед/л (0-40,0), АСТ 23,1 Ед/л (0-37), креатинин 63,8 ммоль/л (44-110), мочевины 6,46 ммоль/л (2,6-7,3).

Электролиты крови: калий 5,3 ммоль/л (3,5-5,0), натрий 136 ммоль/л (135-145).

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 78. Нормальное положение ЭОС. Неспецифические изменения ST-T.

Учитывая данные анамнеза, выраженные симптомы гиперандрогении, предположительно был поставлен диагноз врожденной дисфункции коры надпочечников и выполнено целенаправленное обследование.

Анализ крови: 17 ОНР 11 нг/мл (диагностический критерий ВДКН >10 нг/мл), Дегидроэпиандростерон-сульфат (DHEA-S) 12,40 мкмоль/л (0,9-11,7), кортизол 340 нмоль/л (171-536), АКТГ 179 пг/мл (0-46), ТТГ 1,40 мкМЕ/мл (0,27-4,2)

Уровень половых гормонов в сыворотке крови (на фоне аменореи): ЛГ 1,94 МЕ/мл, ФСГ 7,53 МЕ/мл, тестостерон общий 10,41 нмоль/л (0-4,10), прогестерон 125 нмоль/л, эстрадиол 299 пмоль/л.

Генетическое обследование на наличие мутаций в гене 21-гидроксилазы – CYP21: 656A/C>G (интрон 2, аллель *9); результат:*1/*9 (снижение активности фермента, повышенный уровень АКТГ и 17-ОН прогестерона в крови). Заключение по результатам генетического тестирования: Установлен генетический маркер неклассической формы ВДКН в результате недостаточности 21-гидроксилазы.

Установлен генетический маркер предрасположенности к ВДКН в результате недостаточности 17-гидроксилазы (гомозиготное вариантное носительство).

Таким образом, предполагаемый диагноз неклассической формы ВДКН (дефект фермента 21-гидроксилазы) был подтвержден.

С учетом выраженной вирилизации была назначена постоянная терапия глюкокортикоидами (преднизолон 7,5 мг в сутки). Лечение дополнено препаратами кальция, нативного витамина D. Пациентка удовлетворительно переносит лечение. Постепенно уменьшаются клинические проявления гиперандрогении.

Заключение. Пациентка страдает ВДКН, обусловленной недостаточностью 21-гидроксилазы. Прогрессирующие симптомы гиперандрогении появились в подростковом возрасте, однако обследование по поводу эндокринных нарушений длительно не проводилось. У пациентки не было явных проявлений надпочечниковой недостаточности, однако повышенный уровень АКТГ свидетельствует об относительной недостаточности гормонов коры надпочечников и риске развития криза острой надпочечниковой недостаточности в условиях физического стресса. Опасность криза, а также выраженность гиперандрогении позволяют назначить терапию глюкокортикоидами в постоянном режиме.

Выводы: данный клинический случай демонстрирует редкое генетическое заболевание, основными клиническими проявлениями которого явились симптомы выраженной гиперандрогении и нарушение менструального цикла у женщины репродуктивного возраста на момент возникновения симптомов. Врачам различных специальностей следует обращать внимание на нарушение половой функции, особенно у женщин. Своевременное обследование с применением современных методов диагностики, уточнение диагноза и начало терапии позволят уменьшить риск развития опасных для жизни состояний и улучшить качество жизни больных с врожденной патологией надпочечников.

Сиволап Ю.П., Портнова А.А.

ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИАТРИИ

ПМГМУ им. И.М. Сеченова, НМИЦПН им. В. П. Сербского, Москва

Особое значение для психиатрической практики имеет проблема так называемого «трудного пациента».

В мировой психиатрической практике понятию трудных пациентов (difficult patients) в первую очередь соответствуют лица с тяжелыми формами агрессивного поведения, душевнобольных заключенных и других индивидов, социальная опасность которых определяется психическими расстройствами.

В пограничной психиатрии к категории трудных пациентов следует, по нашему мнению, отнести индивидов с психическими расстройствами, сложными для диагностики и лечения.

Собственные клинические наблюдения позволяют говорить о следующих типах расстройств, представляющих основные трудности для пограничной психиатрической практики.

- психические нарушения, ассоциированные с некоторыми психологическими защитами личности (идеализация врача, обесценивание фигуры врача, омнипотенция и др.);
- психопатологические состояния, в основе которых лежит психологическая потребность, включая так называемую «вторичную выгоду» от болезни;
- непсихотическая ипохондрия, по крайней мере часть случаев которой обнаруживает сходство с предыдущим типом расстройств;
- тревога, резистентная к лечению;
- депрессия, резистентная к лечению;
- обсессивно-компульсивное расстройство;
- посттравматическое стрессовое расстройство;

- расстройства личности;
- психические нарушения, сопровождающиеся коморбидными расстройствами личности;
- психические нарушения, сопровождающиеся злоупотреблением психоактивными веществами либо нехимическими аддиктивными расстройствами;
- психические нарушения, сопровождающиеся тяжелыми формами поражения печени и другими болезнями внутренних органов или нервной системы, представляющими противопоказания для назначения психотропных лекарственных средств.

Помимо перечисленных здесь типов расстройств и ассоциированных с ними феноменов, серьезную роль в формировании психических расстройств, устойчивых к терапии, играют неблагоприятные внешние факторы, включая пребывание пациента в условиях хронического стресса и постоянная психическая травматизация, отсутствие психосоциальной поддержки, наличие некритичных к болезни и «токсичных» родственников, а также делегированный синдром Мюнхгаузена (синдром Мюнхгаузена по доверенности).

Очевидно, что представленный нами перечень носит разнородный характер, и каждый из перечисленных здесь типов психических нарушений, психологических феноменов и неблагоприятных внешних факторов предполагает собственное направление поиска возможных решений.

Не вызывает также сомнений, что возможности психиатров оказывать помощь индивидам из категории трудных пациентов крайне ограничены без эффективной помощи психологов и семейного окружения.

Соляник М.А., Лемешев И.В.

ПРОБЛЕМНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Среди специалистов достаточно широко распространено понятие «трудный пациент» как характеристика сложного для диагностики и лечения случая заболевания. Однако, не только клинические затруднения определяют проблемы связанные с курированием пациентов в условиях психиатрического стационара. Эти затруднения, в некоторых случаях носят институциональный характер и связаны с неоптимальными организационными решениями, в результате которых, например, врач не имеет достаточно времени на работу непосредственно с пациентами. Поскольку понятие «трудный пациент» все-таки в большей степени предполагает клиническое содержание, в настоящей работе используется термин «проблемный пациент».

«Проблемным» пациент может быть не только для лечащего врача, но и для других сотрудников, участвующих в оказании стационарной психиатрической помощи. При этом, в зависимости от функциональных обязанностей сотрудника стационара проблемы при работе с таким пациентом могут различаться.

Целью настоящего исследования было выяснить у сотрудников городских психиатрических стационаров, кто для них «проблемный пациент», какие конкретно трудности (проблемы) возникают при работе с этими пациентами и какие меры могут помочь в разрешении этих проблем.

Для достижения поставленной цели была разработана анкета, состоящая из 4-х блоков, которая предлагалась участникам исследования для самостоятельного заполнения. Первый блок анкеты содержал краткую демографическую информацию. Вторым блоком предлагалось выбрать 5 из 16 предложенных пунктов, которые в большей степени ассоциируются у анкетированного с понятием «Проблемный пациент». Третьим блоком предлагалось оценить частоту с которой анкетированный сталкивается с той или иной категорией «проблемных пациентов». В последнем блоке предлагалось описать конкретные трудности при работе с этими пациентами и предложить меры по их разрешению.

Исследование было проведено в октябре 2017 года на базе двух городских психиатрических больниц Санкт-Петербурга. В анкетировании приняли участие 44 врача и 116 лиц среднего и 82 -младшего медицинского персонала. Младший и средний медицинский персонал были

в дальнейшем объединены в одну группу «персонала» (198 человек). Среди врачей были 19 мужчин и 25 женщин, в возрасте от 25 до 70 лет. Стаж работы у большинства докторов составил более 10 лет (61,4 %). В группе персонала подавляющее число опрошенных были женского пола – 165 опрошенных (83,8 %) в возрасте от 21 до 68 лет. Стаж работы у 107 (54 %) опрошенных из группы персонала был более 10 лет.

Среди основных характеристик, с которыми ассоциируется понятие «проблемный пациент» врачи отметили пациентов с «соматическими проблемами» (72,7 %), «резистентные» (61,4 %), с «социальными проблемами» (47,7 %), с «проблемными родственниками» (45,5 %) и с «суицидальным риском» (45,5 %). Редко для врачей «проблемный пациент» ассоциируется с «неясным диагнозом» (13,6 %), «диссимилирующий» (13,6 %), «нуждающийся в уходе» (11,4 %) и «нарушающий режим отделения» (9,1 %).

Анкетирование показало, что наиболее часто врачи сталкиваются с «проблемными пациентами» имеющими соматические проблемы, риск агрессивного поведения, социальные проблемы, риск суицидального поведения и резистентные к терапии. Реже всего с пациентами с «неясным диагнозом» и «кверулянтами».

Отвечая на вопрос о конкретных трудностях, возникающих при работе с «проблемными пациентами», врачи сообщали, что это необходимость наблюдать и лечить тяжелых соматических пациентов, решение социальных проблем пациентов, «проблемные родственники», а также нехватка времени на работу с пациентами в связи с обилием «бумажной работы». Значимым препятствием в работе с «проблемными пациентами» многие врачи обозначили затруднения в подборе психотерапии, вызванные не столько отсутствием лекарственных средств, сколько ограничением в назначении психотерапии и отсутствии оборудования для применения современных методов преодоления резистентности. Часто врачи также отмечали отсутствие преемственности между стационарным и амбулаторным звеньями оказания психиатрической помощи.

В анкете опрашиваемым предлагалось описать меры, которые необходимо принять для облегчения описанных выше трудностей при работе с проблемными пациентами. Чаще всего врачи предлагали увеличить число психосоматических отделений в городских больницах или создание таковых на базе психиатрических больниц, уменьшение бюрократического бремени на врача, упрощение процедур назначений фармакотерапии, повышение преемственности между стационарной и амбулаторной звеньями и развитие внебольничной социальной помощи пациентам. Также некоторые доктора считают необходимым пересмотр некоторых статей закона РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», с целью обеспечения большей юридической защищенности врача при оказании психиатрической помощи.

В группе персонала «проблемный пациент» чаще ассоциируется с риском агрессивного поведения (85,4 %), с риском суицидального поведения (76,8 %), нарушением режима отделения (61,6 %) и с несоблюдением врачебных рекомендаций (61,6 %).

Наиболее часто персонал сталкивается с проблемными пациентами с рисками агрессивного поведения, с соматически ослабленными, нарушающими режим отделения, с рисками суицидального поведения и длительно находящимися в стационаре пациентами.

Опрошенные из группы персонала основными трудностями при работе с «проблемными пациентами» назвали агрессивное поведение, нарушения больничного режима, конфликтность, закрытость или недоступность контакту. Вторым типом трудностей в этой группе опрошенных являлись необходимость ухода за соматически ослабленными пациентами при отсутствии средств по уходу, необходимого инвентаря и одноразового материала. Многие опрошенные также указывали на недостаточное кол-во хорошо обученного персонала для работы с «проблемными» пациентами.

Для облегчения работы с «проблемными пациентами» опрошенных в группе персонала чаще всего предлагали увеличить число среднего и младшего медицинского персонала, особенного мужского пола, качественно выполнять свою работу и следовать инструкциям, закупить необходимые материалы и оборудование по уходу за ослабленными пациентами, а также ужесточение дисциплины, правил и усиление мер по безопасности при работе с проблемными пациентами.

«Проблемные» пациенты, согласно проведенному анкетированию, встречаются довольно часто, так более 20 % врачей считают каждого третьего пациента «проблемным» и для 20 % персонала – каждый второй пациент является «проблемным».

Анкетирваемым также было предложено кратко охарактеризовать «проблемного пациента». Чаще всего при этом врачи отмечали, что «проблемный» – это пациент с тяжелой соматической патологией, требующий дополнительного времени и внимания для решения «непсихиатрических» проблем, некомплаентный, не имеющий критики к заболеванию и злоупотребляющий алкоголем. В группе персонала чаще проблемного пациента описывали как агрессивного, суицидального, нарушающего режим, соматически ослабленного и резистентного к терапии.

Таким образом, понятие «проблемный пациент» среди врачей редко ассоциируется с такими клиническими категориями как «неясный диагноз» или «резистентность», но часто с соматическими и социальными проблемами. Кроме того, на первый план выходят трудности в значительной степени связанные с организацией работы психиатрических стационаров. Персонал же связывает понятие проблемный пациент чаще с рисками агрессивного поведения и уходом за соматически ослабленными пациентами. Полученные результаты согласуются с ситуацией, когда врач-психиатр психиатрического отделения не имеющий достаточно времени на своих пациентов из-за загруженности «бумажной работой» и при этом вынужденный следовать предписанным стандартам терапии, которые не описывают, например, подходы к терапии пациентов с импульсивной агрессией, парадоксальным образом повышает существующие риски агрессивного поведения пациентов. Это усугубляется тем, что много времени и сил средний и младший персонал вынужден уделять уходу за соматически ослабленными пациентами, что лишает их возможности в достаточной степени наблюдать за пациентами с рисками агрессивного поведения. В связи с этим, меры, предлагаемые многими участниками проведенного обследования, выглядят вполне оправданными и способны привести к сокращению числа «проблемных» пациентов.

Сорокин М.Ю.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ДЕФИЦИТА МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ И МОТИВАЦИОННОГО ТРЕНИНГА

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

Актуальность исследования. Исследования, посвящённые вопросам принятия решения о начале лечения свидетельствуют, что оно зависит от предшествующего опыта социальной коммуникации больного, принятых в обществе представлений о болезни, позиции социального окружения, но в наибольшей степени – от личного опыта переживания будущим пациентом своего неблагополучия (Leventhal H. et al, 1980; 2003). Сложный когнитивный процесс формирования мотивации к терапии бывает опосредован комплексом различных локусов каузальности – вплоть до безличного, то есть обращение к специалисту часто оказывается случайным; тем не менее, обратное решение – отказа от медицинской помощи – зачастую, является самостоятельным и основанным не на информации, получаемой от медицинских специалистов (Рассказова, 2010). Таким образом, с несвоевременностью получения больным объективных медицинских сведений о здоровье связана вероятность активного отказа пациентов от лечения.

В рамках Теории отношений Мясищева восприятие болезни также базируется с одной стороны на непосредственном опыте переживания пациентом её симптомов, что определяет особое значение инсайта в случае психических расстройств; с другой стороны, оно опосредовано данными внешних по отношению к личности результатов медицинского обследования (Иовлев, 1999). Это вносит существенное напряжение в систему отношений врач-больной, поскольку в условиях ограниченного числа инструментальных методов психиатрического обследования, суждение медицинского специалиста

может быть воспринято пациентом недостаточно весомым. Последние данные определяют для общего уровня мотивации больных и отдельно – степени их включённости в лечебный процесс (то есть комплайенса и мотивации к лечению), место основных медиаторов формирования функционального исхода и качества жизни больных шизофренией (Green et al, 2012; Galderisi et al, 2014). Ситуация дефицита мотивационных ресурсов психиатрических пациентов обостряется распространённостью явления стигматизации психически больных в обществе и зачастую, становится предпосылкой ситуации, когда больные тяжёлыми психическими расстройствами стремятся занимать амбивалентную позицию: не признавая необходимости лечения из-за страха дискриминации, они выполняют предписанные лечебные рекомендации лишь под давлением окружения (Chou et al, 2004)

Тот факт, что недостаточное осознание заболевания характерно от 40-50 до 80 % психических пациентов (Torrey 1995, Lincoln, 2007), определил консенсусный в настоящее время подход к формированию медикаментозного комплайенса через повышение критики к болезни (Higashi, 2013; Buerly, 2005). Призванные решить проблему недостаточного инсайта, психообразовательные программы широко распространены в психиатрии (Еричев, 2007; Хмельницкая, 2012; Ilott, 2005). При этом данные об их эффективности остаются противоречивыми. По результатам исследования предикторов качества жизни больных шизофренией, психообразование не уступает в эффективности программам повышения приверженности лечению, опосредуемым мотивационными техниками (Gray et al, 2006). В другом исследовании, совместное применение психообразования и основанной на мотивационных подходах комплайенс-терапии показало своё превосходство над результатами рутинной психиатрической практики, включавшей отдельные несистематизированные психообразовательные элементы (Chien et al, 2016). В то же время, механизмы воздействия критики к психическому расстройству на медикаментозный комплайенс остаются не выясненными до конца (Markova, 2002; Lincoln, 2007). Высказываются предположения, что одним из непосредственных эффектов психообразовательных программ является их воздействие именно на мотивацию больных (Синайко, 2012; Хмельницкая, 2012; Свиридов, 2013).

Цель исследования: сопоставление эффективности психообразования и мотивационного тренинга в преодолении дефицита мотивации к лечению. Задачи исследования: выявление особенностей динамики структуры мотивации к лечению (качественная оценка), сравнение количественных изменений мотивации в экспериментальных группах больных, получавших различные варианты групповых программ реабилитации

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 77 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева: 30 человек, получавших наряду с психофармакотерапией психообразование, составили первую экспериментальную группу и обследовались повторно через 2 недели, по окончании психообразовательной программы; 34 пациента, проходивших групповую программу повышения мотивации к лечению, составили вторую экспериментальную группу и обследовались также по окончании своей реабилитационной программы – через 1 неделю. 13 пациентов, получавших только фармакотерапию, составили контрольную группу и были обследованы повторно с периодом, составившим в среднем 2 недели. Мужчин – 30, женщин – 47. Средний возраст составил $31 \pm 9,4$ год. Диагностические рубрики по МКБ-10: F2 – 75 %, F3 – 11 % F4+F6 – 9 % F0 – 5 %. Средняя длительность заболевания – $7,3 \pm 6,16$ года.

Больные заполняли Опросник оценки мотивации к лечению (ОЦМЛ), который базируется на разработанной в отделении Шкале мотивации больного к психофармакотерапии. Применение оригинального инструмента позволяет выявить общую интенсивность терапевтической мотивации по его суммарному баллу, а также особенности структуры мотивации с позиций процессуального и континуального подходов её оценки, модели активации поведенческих стереотипов. В первом случае качественная оценка проводится по выраженности отдельных мотивационных паттернов иерархической шкалы мотивации (от 1 уровня – мотивация отсутствует, формальное согласие получить лечение, до 6 уровня – стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии); во втором случае – по 4 выделенным факторам опросника: психообразовательный компонент внутренней картины болезни, осознание необходимости лечения, осознание психологического механизма болезненной дезадаптации и готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения.

Для статистического анализа также учитывались социо-демографические данные больных, оценка их клинического состояния проводилась с использованием стандартизированных шкал BPRS, SANS и GAF.

Математико-статистический анализ проведён при помощи программного пакета SPSS. Применён t-критерий Стьюдента для парных выборок, параметры распределения данных выборки оценивались с помощью Z-критерия Колмогорова-Смирнова. Результаты приведены с указанием средних арифметических и стандартных отклонений ($M \pm S.D.$).

Процедуры исследования. Проводилось попарное сравнение средних показателей разделов оригинального инструмента оценки мотивации к лечению при первичном и повторном обследовании пациентов двух экспериментальных и контрольной групп. Положительные значения стандартизированных показателей опросника ОЦМЛ свидетельствуют об относительном повышении интенсивности мотивационного компонента, отрицательные – об его снижении по сравнению со средней представленностью в популяции (по данным 385 обследованных на этапе разработки инструмента психиатрических пациентов).

Программа психообразования состояла из 10 ежедневных сессий длительностью по 45 минут, в группе из 8-10 человек. Перечень тем соответствовал общепринятым стандартам психообразовательных программ: распространённость и причины возникновения психических расстройств, нарушения восприятия, эмоций и мышления, особенности течения и принципы лечения эндогенных психических расстройств (аффективных, группы шизофрении), вопросы законодательства в сфере охраны психического здоровья.

Групповая программа повышения мотивации к лечению была разработана нами на основе рекомендаций (Miller, 2013; Гурович, Шмуклер, 2014), состояла из 5 ежедневных сессий длительностью 45 минут в группе из 5-7 человек. Она включала в себя дискуссии на темы положительных и отрицательных сторон специфического психиатрического лечения, возможных положительных и отрицательных сторон развития психического расстройства, проблем целеполагания, а также выполнение во время сессии (в группе) и между сессиями (индивидуально) задания «баланс принимаемого решения» (Гурович, Шмуклер, 2014).

Результаты и их обсуждение. Статистически значимых различий между группами исследования по социально-демографическим и клиническим характеристикам выявлено не было. Участники исследования не различались при первичном обследовании по суммарным показателям опросника мотивации, а также по 1,2,4,5,6 уровням мотивации и 1-4 факторам опросника. При этом группа больных, получавших психообразование, демонстрировала достоверно более низкие показатели мотивации, фундированной давлением страданием от болезни при первичном обследовании (3 уровень: $-0,52 \pm 1,044$; $p \leq 0,05$), по сравнению с пациентами, проходившими программу повышения мотивации к лечению. По-видимому, это отражает специфику выбора лечащими врачами контингента больных для направления их на психообразовательную программу – пациентов, не испытывающих субъективных трудностей в связи с заболеванием, исходящую из предположения об анозогностической природе их мотивационного снижения в отношении лечения.

В группе контроля у больных при первичном и повторном обследовании не было выявлено достоверных различий показателей опросника оценки мотивации к лечению.

У пациентов, проходивших психообразование, суммарный показатель мотивации значимо нарастал при повторном обследовании ($-0,21 \pm 0,865$ и $0,23 \pm 0,845$ соответственно; $p \leq 0,05$). Усиление мотивации здесь происходило за счёт повышения готовности к активному участию в собственной реадaptации при правильной внутренней картине болезни пациентов (уровень 5, $-0,44 \pm 1,307$ и $0,20 \pm 1,111$; $p \leq 0,01$), одновременно отмечалось снижение внешней мотивации к лечению (уровень 2, $0,47 \pm 1,024$ и $-0,55 \pm 1,105$; $p \leq 0,001$), лучшее осознание психологических механизмов дезадаптации (фактор 3, $-0,45 \pm 1,060$ и $0,34 \pm 0,993$; $p \leq 0,05$).

Пациенты, проходившие групповую программу повышения мотивации к лечению, не демонстрировали достоверного нарастания суммарного показателя мотивации ($-0,17 \pm 0,868$ и $-0,05 \pm 0,945$ при $p = 0,367$). При этом у них выявлено аналогичное больным, получавшим психообразование, достоверное изменение структуры мотивации к лечению ($p \leq 0,05$): повышение готовности

к активному участию в собственной адаптации при правильной внутренней картине болезни (уровень $5, 0,05 \pm 0,854$ и $0,35 \pm 0,834$) и снижение внешней мотивации к лечению (уровень $2, 0,09 \pm 0,880$ и $-0,30 \pm 1,063$), а также лучшее осознание психологических механизмов дезадаптации (фактор $3, 0,01 \pm 0,825$ и $0,36 \pm 0,787$) при повторном обследовании.

Заключение. Исследование подтвердило эффект воздействия психообразования на мотивационную сферу больных и в частности – на мотивацию пациентов к лечению. Получены схожие с результатами проведения специфической программы повышения терапевтической мотивации эффекты: повышение готовности к активному участию в собственной адаптации при правильной внутренней картине болезни, снижение внешней мотивации у больных и лучшее осознание психологических механизмов дезадаптации.

Достоверное повышение суммарных показателей мотивации, выявленное для психообразовательной группы и недостоверное – для группы повышения мотивации к лечению, не позволяют сделать вывод о преимуществе какой-либо программы в силу различий сеттинга и продолжительности каждой из них, однако следует отметить меньшую ресурсоёмкость мотивационного тренинга при сопоставимых результатах его проведения в отношении структуры мотивации больных к лечению.

Окончательное количественное сопоставление эффектов реабилитационных мероприятий необходимо оценить в условиях равной продолжительности психообразовательной программы и мотивационного тренинга.

Султанов Ш.Х., Ходжаева Н.И.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Внутривенное употребление опиатов является одним из основных факторов распространения ВИЧ-инфекции. Доля потребителей инъекционных опиатов среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных достигает 80 %. С появлением средств, позволяющих продлить жизнь ВИЧ-инфицированных больных, психическая адаптация стала актуальной проблемой.

Изучение и поиск новых подходов к лечению и реабилитации больных героиновой наркоманией у ВИЧ-инфицированных определяется проблемой выработки тактики изучения клиники постабстинентного периода данной категории больных с целью оптимизации лечебной тактики.

В задачи исследования входило изучение особенностей патологического влечения к наркотику при ВИЧ инфекции, вегетативные, аффективные и поведенческие расстройства в его структуре, проведение анализа ранних рецидивов. В условиях стационара в течение месяца обследовано 52 больных героиновой наркоманией (согласно критериям МКБ-10 – F.11.3) в возрасте от 25 до 40 лет, из них 35 с ВИЧ-инфекцией – основная группа и 17 больных ГН без ВИЧ-инфекции – сравнительная группа. У всех обследованных пациентов ГН давность заболевания составляла сроки от 5 до 10 лет и выше. Давность ВИЧ-инфекции от 3 месяцев до 3 лет и более. Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический, лабораторный, статистический. Клинические особенности заболевания в 2-х группах оценивали по шкалам динамики психопатологических расстройств (ПВН), общего клинического впечатления (CGI), модифицированной шкале оценки побочных явлений UKU (Udvalg for Kliniske Undersogelser Scale), также проводили количественную оценку рецидивов. Больные двух групп были однородными по возрасту, полу и социальной обеспеченности. Средний возраст больных в основной группе составил $27,0 \pm 4,4$ года, в сравнительной – $26,0 \pm 3,1$. В 87 % случаев в основной и у 63 % больных сравнительной группы имелись хронические соматические заболевания, обусловленные парентеральным употреблением наркотиков. Наиболее часто диагностировался вирусный гепатит С (66,7 % больных основной группы и 43 % сравнительной группы).

Таблица 1.

Клинические проявления и степень тяжести АС (абстинентный синдром) в группах.

Характеристика АС	Группа без ВИЧ (17)		Группа с ВИЧ(35)	
	абс.	%	абс.	%
С преобладанием сомато-вегетативных расстройств	1	5,9±0,34	2	5,7±1,04
С преобладанием алгических расстройств	10	58,8±2,54	3	8,6±1,64 *
С преобладанием психопатологических расстройств	6	35,3±2,36	30	85,7±2,36*
Всего	17	100	35	100

В условиях стационара АС протекал с типичными для него соматовегетативными, алгическими и психопатологическими расстройствами. У пациентов основной и сравнительной групп в структуре АС отмечалась психопатологическая симптоматика (85,7±2,36 и 35,3±2,36 % соответственно). Сочетание вегетативных, алгических и психопатологических расстройств без преобладания какого-либо из них отмечалось у 1/5 пациентов обеих групп. У 8,6±1,64 % больных основной группы в клинической картине АС на первый план выступали алгические расстройства, в то время как в сравнительной группе такая форма АС встречалась у 58,8±2,54 % пациентов.

Редукция идеаторного компонента влечения к наркотикам (средний балл) наблюдалась в обеих группах, но в группе без ВИЧ инфекции статистически достоверные различия (критерий Манна-Уитни) выявлялись уже на 4-7-й день терапии. В среднем через 10-14 дней (20-24-й день пребывания в стационаре) в результате лечения отмечали очевидную редукцию патологического влечения к наркотикам более чем на 50 %. Синдром патологического влечения к наркотикам неразрывно связан с сопутствующими аффективными и поведенческими расстройствами. Не все симптомы, входящие в структуру патологического влечения к наркотикам редуцировали одинаково. Дисфория, эмоциональная лабильность, нарушения сна и поведенческие расстройства уменьшались достоверно раньше в группе без ВИЧ инфекции. Так, эмоциональная лабильность, нарушения сна в группе без ВИЧ инфекции имели тенденцию к купированию уже через 4 дня от лечения, в то время как в группе с ВИЧ инфекцией эти показатели изменялись не ранее 14-20-го дня терапии. Влияние лечения на аффективную симптоматику (пониженное настроение) было выявлено в обеих группах, однако в группе без ВИЧ-инфекции достоверное улучшение отмечено с 10-14-го, а в группе с ВИЧ-инфекцией – с 16-18-го дня терапии. У многих пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечались проявления ПВН (патологическое влечение к наркотику), как сновидения наркотического содержания, в то время как в группе без ВИЧ-инфекции к 10-му дню терапии отмечалось достоверное снижение выраженности этого признака. Уже с 4-го дня терапии было выявлено достоверное влияние терапии на тревожную симптоматику (нервозность, неусидчивость, тревога, чувство страха). До конца исследования уровень тревоги в группе без ВИЧ-инфекции по сравнению с группой с ВИЧ-инфекцией оставался существенно ниже. В отличие от пациентов с ВИЧ-инфекцией, у которых через 2-3 недели терапии нарастали бездеятельность, апатия, отсутствие интереса к окружающему, снижалась активность, у пациентов без ВИЧ-инфекции отмечена положительная динамика лечения. Больные без ВИЧ-инфекции были более открытыми, доступными для общения и психотерапевтического воздействия, их отличала большая подвижность, общительность, социальная активность, вовлеченность в жизнь отделения.

Всё исследование (45 дней) прошли 13 (76,5 %) пациентов без ВИЧ и 23 (65,7 %) пациентов с ВИЧ-инфекцией. В обеих группах были пациенты, которые отказывались от дальнейшего лечения, выбывали из программы досрочно, несмотря на активную психофармакотерапию. Несомненно, отказ от лечения был связан с обострением влечения к наркотикам. К 3 месяцам исследования покинули программу 3 (17,6 %) пациента без ВИЧ и 11 (31,4 %) – с ВИЧ-инфекцией.

Таблица 2.

Сравнительные сроки рецидивов у обследованных больных.

Срывы	ГН + ВИЧ-инфекция (n=35)		ГН без ВИЧ инфекции (n=17)	
	абс.	%	абс.	%
После 10 дней	7	20,0	3	17,6
После 1 мес.	5	14,3	3	17,6
После 2 мес.	6	17,1*	2	11,8
После 3 мес.	11	31,4*	3	17,6
Всего	25	71,4*	9	52,9

В процессе терапии у больных с ВИЧ-инфекцией на всех этапах отмечена большая выраженность экстрапирамидных побочных эффектов. Таким образом, при обобщении полученных данных было выявлено, что у пациентов основной группы в структуре ОАС преобладала психопатологическая симптоматика ($85,7 \pm 2,36$ и $35,3 \pm 2,36$ % соответственно), в то время как алгические расстройства превалировали в сравнительной группе. У больных героиновой наркомании с ВИЧ-инфекцией отмечаются ранние срывы и рецидивы в постабстинентном состоянии за счет психопатологических расстройств.

Султанов Ш.Х.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Медицинская статистика свидетельствует о неуклонном росте числа женщин, потребляющих наркотические вещества. Их доля среди общей популяции больных наркоманией колеблется от 20 до 38 %. Ряд авторов (1-5) указывают на большое кол-во факторов риска у женщин для возникновения мотивации на потребление наркотиков. К этим факторам относятся: наследственная отягощенность наркотическими и психическими заболеваниями, отсутствие эмоциональной связи в родительской семье, хаотический уклад жизни без соблюдения семейных ритуалов и традиций, психопатическая структура личности со склонностью к импульсивным действиям, бедность интересов, слабая мотивация к учебе.

В данной работе мы решили изучить гендерные особенности формирования наркомании у мужчин и женщин. Были изучены особенности формирования наркотической патологии у женщин в сравнительном аспекте с мужчинами. Обследовано 109 больных героиновой наркоманией, добровольно обратившихся за медицинской помощью. Из числа больных с героиновой зависимостью 78,9 % (88 пациентов) составили мужчины, а 21,1 % (21 пациент) – женщины. Средний возраст мужчин 36,4 года, что достоверно ($p < 0,001$) превышало средний возраст женщин, который составил 26,7 лет.

По образовательному статусу больные героиновой наркомании представляли все группы населения: с начальным (1,7 %), незаконченным средним (8,2 %), средним (75,3 %) и высшим (14,8 %) образованием. Более половины опрошенных женщин (57,1 %) высказались, что в школе отдавали предпочтение гуманитарным наукам, в то время как склонность к гуманитарным дисциплинам проявляли только 35,3 % мужчин. Распределение мужчин и женщин по достигнутому уровню образования существенных отличий не имело, в то время как их распределение по статусу занятости существенно различалось ($p < 0,001$). Это различие обеспечивалось за счет большей доли мужчин, имеющих постоянную работу (30,8 %; соответственно женщин – 15,0 %) и большей доли женщин-учащихся (50,0 %; соответственно мужчин-учащихся – 23,4 %).

Наследственная отягощенность выявлена у 24,8 % всех обследованных больных героиновой наркоманией. Достоверно больше ($p < 0,01$) отличались по этому признаку женщины, чем мужчины. Наибольший удельный вес имела отягощенность алкоголизмом – 16,5 % случаев. Частота заболеваемости наркоманией составила 8,3 % случаев.

Существенной характеристикой наших пациентов является то, что более двух третей мужчин и более половины женщин росли и воспитывались в неполных семьях. Из анализа межличностных отношений в родительских семьях наркоманов установлено, что 85,7 % женщин и 53,4 % мужчин ($p < 0,01$) отметили теплые семейные отношения с матерью. 13,6 % наркоманов-мужчин теплых межличностных отношении в родительских семьях не имеют ни с кем, и только 15,9 % их указали на наличие теплых межличностных отношениях с обоими родителями. Из числа мужчин самостоятельно, вне семьи, проживали только 8,9 %, с родителями – 80,5 % и в гражданском браке – 10,6 %. Женщины по этому признаку распределились следующим образом: 2,2 % ответили, что проживают самостоятельно, 83,3 % – с родителями и 14,5 % – в гражданском браке.

Женщины часто начинают употреблять наркотики, чтобы преодолеть свою пассивность, зависимость и сравняться с мужчинами в различных аспектах жизни, поднять тонус и сексуальную привлекательность, устранить чувство одиночества, нервозность. Часть женщин отличаются стремлением к риску и острым ощущениям. Многие женщины среди причин начала наркотизации называют в первую очередь жизненные и семейные проблемы, другие на первый план выводят влияние окружения, считая, что это в условиях современного общества является более важным фактором, обуславливающим приобщение женщин к наркотикам.

Между мужчинами и женщинами имеются различия и в видах предпочтительного наркотика. У женщин первыми препаратами, которыми они начинают злоупотреблять, чаще являются лекарственные средства, в первую очередь психотропные (барбитураты, транквилизаторы, антидепрессанты). В дальнейшем они переходят на употребление собственно героина.

Курить и употреблять алкоголь будущие наркоманы начинали в раннем школьном возрасте. Среди опрошенных мужчин первый опыт употребления алкоголя получен в 11-летнем возрасте, а курения – в 12-летнем. Употребление алкоголя и курение у женщин начинается с 16-ти лет. Первыми употребляемыми наркотиками в подавляющем большинстве случаев (58,7 %) являлись препараты анаши. Однако женщины и мужчины разнятся по этому признаку: только 14,3 % женщин ответили, что до употребления героина курили анашу, тогда как мужчины до употребления героина курили анашу ($p < 0,01$) в 69,3 % случаев. На героин как первый употребляемый наркотик указали 57,1 % женщин и 23,9 % мужчин. На момент обследования большинство больных принимали героин внутривенно (79,9 %), курили – 6,6 %, нюхали – 13,5 %. При этом внутривенное употребление героина отметили 81,6 % мужчин и 71,7 % женщин ($p > 0,05$). Средний возраст первого употребления героина у мужчин составил 25,5 лет, а у женщин – 18,3 года ($p < 0,01$). У женщин в более сжатые сроки формируются основные синдромы наркомании. Они чаще и быстрее, чем мужчины, после начала наркотизации переходят на систематический прием наркотиков, минуя фазу эпизодического употребления. У женщин проходит значительно меньше времени от первого знакомства с наркотиками до формирования психической зависимости. Значительно короче продолжительность стадий опийной наркомании. Толерантность возрастает очень быстро, хотя в целом она у женщин ниже, чем у мужчин. У женщин в 2 раза чаще по сравнению с мужчинами наркомания формируется в течение первого года после начала использования героина. Почти у половины (46,5 %) наблюдавшихся женщин, наркомания сформировалась в течение 3 месяцев после начала наркотизации.

Среди обстоятельств, которые заставили больного задуматься и принять решение о необходимости лечиться от героиновой наркомании, более половины больных назвали озабоченность своим здоровьем и сложные семейные взаимоотношения. Распределение мужчин и женщин по самооценке побудительных сил к решению лечиться от наркомании существенно различалось. Мужчины значительно чаще приходили к такому решению совместно с родными и реже самостоятельно, в то время как женщины в равных долях приходили к радикальному решению как совместно с родными, так и самостоятельно. При оценке героиновой наркомании 92,7 % всех пациентов посчитали, что это заболевание, и только по 3,7 % – что это вредная привычка. Мужчины и женщины практически единодушны во мнении о возможностях избавиться от героиновой наркомании. 85,2 % мужчин и 85,7 % женщин считают, что сделать это трудно, а 14,8 % мужчин и 14,3 % женщин признают, что это сделать невозможно. При этом около 81 % как мужчин, так и женщин ответственность за результаты лечения возлагают на самого больного и только около 19 % полагаются на врача, перекладывая на него все свои проблемы.

87,5 % мужчин и 100 % женщин свое лечение связывают с определенными планами на будущее. 70,4 % всех больных в результате лечения предполагают уйти от проблем, связанных с самой наркоманией, 16,3 % – поправить ситуацию, возникшую в образовательной сфере, и 13,3 % – восстановить семью, восстановиться на работе, решить жилищные вопросы. Такие ожидания пациентов опираются на положительный опыт лечения от наркомании друзей и знакомых-наркоманов, о чем засвидетельствовали 51,1 % мужчин и 76,2 % женщин.

Медико-социальные последствия наркотизации у женщин более тяжелые, чем у мужчин. У них раньше и быстрее наступает психосоциальная дезадаптация. Не случайно среди женщин-

наркоманок очень много – 71 %, лиц, занимающихся противоправной деятельностью (кражи, подделки документов, продажа наркотиков и т.п.). По нашим данным из числа женщин, совершивших противоправные деяния, 44 % были осуждены за имущественные преступления, но женщины значительно реже, чем мужчины, совершают тяжкие преступления. Особенно тяжелые медико-социальные последствия отмечаются при раннем начале наркомании (антисоциальные тенденции, раннее начало половой жизни). Потребление женщинами наркотиков во время беременности вызывает акушерскую патологию и разнообразные нарушения у плода и новорожденных.

Таким образом, нами отличались следующие различия в течении героиновой наркомании у мужчин и женщин.

1. Между мужчинами и женщинами имеются различия и в видах предпочтительного наркотика среди первых препаратов, у женщин первыми препаратами, которыми они начинают злоупотреблять, чаще являются лекарственные средства,

2. Распределение мужчин и женщин по достигнутому уровню образования существенных отличий не имело, в то время как их распределение по статусу занятости существенно различалось. Это различие обеспечивалось за счет большей доли мужчин, имеющих работу и большей доли женщин-учащихся.

3. Наследственная отягощенность у мужчин и женщин высокая - выявлена у 24,8 % больных. Достоверно больше ($p < 0,01$) отличались по этому признаку женщины, чем мужчины. Наибольший удельный вес имела отягощенность алкоголизмом.

4. Курить и употреблять алкоголь будущие наркоманы начинали в раннем школьном возрасте. Среди опрошенных мужчин первый опыт употребления алкоголя получен в 11-летнем возрасте, а курения – в 12-летнем. Употребление алкоголя и курение у женщин начинается несколько позже 16-ти лет.

5. Систематический прием героина (преимущественно ежедневный) и увеличение их доз женщины также начинали под влиянием своих супругов, друзей или сексуальных партнеров. Женщины на начальных этапах наркотизации играют зависимую роль и при получении наркотиков. Они редко сами покупают наркотики, их снабжают ими мужчины

6. Наркомания у женщин течет более злокачественно, чем у мужчин. У них в более сжатые сроки формируются основные синдромы наркомании. Они чаще и быстрее, чем мужчины, после начала наркотизации переходят на систематический прием наркотиков, минуя фазу эпизодического употребления формируется в течение первого года после начала использования героина.

7. Почти у половины (46,5 %) наблюдавшихся женщин, наркомания сформировалась в течение 3 месяцев после начала наркотизации. Более быстрое формирование наркомании у женщин по сравнению с мужчинами объясняют тем, что у мужчин наблюдается более длительный период эпизодического употребления наркотиков.

8. Медико-социальные последствия наркотизации у женщин более тяжелые, чем у мужчин. У них раньше и быстрее наступает психосоциальная дезадаптация.

Титкова Т.В.

ГОСПИТАЛИЗМ: ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА?

ПНД № 8, Санкт-Петербург

Под госпитализмом в психиатрии понимают ухудшение психического состояния в связи с длительным пребыванием в стационаре: явления социальной дезадаптации, утрата интересов к труду и трудовым навыкам, снижение синтонности, ухудшение контакта с окружающими, тенденция к хронификации заболевания и др.

Сформированный синдром госпитализма рассматривается как один из вариантов психического дефекта, в происхождении которого играет роль длительная социальная изоляция, чрезмерная зависимость от персонала отделения с угнетением собственной активности и длительный приём нейролептических средств.

Однако структура синдрома госпитализма складывается не только из явлений жизненной дезадаптации и личностных изменений самого больного. В результате длительного стационарирования существенно меняется отношение к больному его близких, обслуживающего персонала и даже врачей-кураторов, что, в свою очередь, создает новые предпосылки для еще более выраженного социального снижения личности больного. Именно поэтому для преодоления последствий длительной изоляции в стационаре существенное значение имеет одновременное воздействие на больного его личными усилиями и усилиями врача, а также с помощью семьи и общества.

Врачи-психиатры амбулаторного звена выделяют следующие факторы, способствующие развитию госпитализма:

1. отказ от терапии в амбулаторных условиях;
2. влияние семьи и ближайшего окружения больного;
3. социальная реализация больного (трудоустройство, стигматизация, самостигматизация).

В нашей стране создан блестящий принцип преемственности при лечении психических заболеваний: после выписки из стационара продолжение лечения и оказание психосоциальной и реабилитационной помощи пациенту и его семье берет на себя психоневрологический диспансер. Благодаря этому множество больных получают возможность систематически находиться под наблюдением психиатра и длительно обходиться без госпитализаций. В идеале это так, в жизни – часто иначе. К сожалению, истинная преемственность лечения соблюдается не всегда.

Для того чтобы снизить риск обострения заболевания, требуются обоюдные усилия. Оптимальный результат всегда достигается совместный трудом целой команды: врача, пациента и его близких.

Семья. Болезнь близкого человека выбивает семью из привычной жизненной колеи. Не все способны принять изменившуюся в связи с заболеванием ситуацию, кто-то не выдерживает трудностей, кого-то пугают перспективы совместной жизни с больным человеком в семье. Нередко родственники возлагают ответственность за выздоровление исключительно на лекарства и/или врача, излишне расширяя границы возможностей лекарственных средств, пытаюсь с их помощью устранять любые противоречия и напряженные ситуации, возникающие между ними и больным и считают любые психологические проблемы проявлениями болезненных симптомов. А это, в свою очередь, является факторами, способствующим госпитализации больных в стационар самими родственниками.

Трудоспособность и трудоустройство. Перенеся психическое заболевание, важно вернуться как можно к более полноценной и качественной жизни, в том числе – к работе или учебе. При этом важнейшая сторона дела заключается не только в финансовой заинтересованности, сколько в чувстве собственной полноценности, востребованности, нужности. Как свидетельствуют многие исследования, именно это чувство, которое дает работа, является самым полезным для улучшения качества жизни пациентов. Однако возникают трудности на работе и в коллективе в ответ на имеющуюся болезнь.

Стигма. В современном мире понятия «стигма», «стигматизация», употребляются чаще всего в социологическом значении. Это явление имеет две составляющих. Во-первых, некоторой группе людей необоснованно приписывается определенная отрицательная характеристика. Во-вторых, если конкретный человек по основному признаку принадлежит к этой группе, то ему приписывается и соответствующая характеристика. Информация о том, что некий индивид страдает психическим расстройством (иногда даже просто о том, что он обращался к психиатру), определяет принадлежность этого индивида к социальной группе психически больных. Относительно этой группы в обществе господствуют устойчивые отрицательные представления.

Известно, что большинство пациентов с психическими расстройствами и их семьи (вторые чаще косвенным образом) подвергаются подобной дискриминации со стороны общества; практически всем им, в той или иной степени, пришлось столкнуться со стигматизацией. Принято считать, что болеть психически стыдно. Это, конечно, предрассудок, но в общественном сознании он сидит прочно; к тому же его разделяют и сами больные. Поэтому, заболев психически, человек страдает не только от собственно болезни. Часто это приводит к самоизоляции, к тому,

что больной перестает стремиться улучшить свою жизнь («я ничего не могу, потому что я психически больной»). В результате, появляются необоснованные требования больных и членов их семей оформления инвалидности.

Стигматизация и самостигматизация создают для больного и его семьи дополнительное бремя, иногда сопоставимое по тяжести с бременем самой болезни.

Таким образом, психообразование является основной составляющей комплексного лечения и реабилитации психических заболеваний. В связи с этим, важно проводить его не только в стенах медицинских учреждений, но и среди широких масс общественности. Получение доступного и грамотного представления о психических расстройствах способствует тому, что из необычного, редкого, «демонического» эти расстройства станут знакомым явлением (примером тому служит активная социальная реклама, параолимпийские игры и пр.) Страх психической болезни и отвержения больного уменьшится, а вместо них придут диалог, взаимопонимание, помощь и уважение.

Фецура И.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИНАРКОМАНИИ

Тулский областной наркологический диспансер № 1, г. Тула

Пациент, 1975 г.р. Алкоголь. Первичное употребление алкоголя в 14-летнем возрасте (самогон). Испытанные ощущения понравились («захмелел, в восторге бегал-прыгал»). Запой начали скоро стали носить постоянный характер. К 20 годам был сформирован развернутый абстинентный синдром, протекающий по сомато-вегетативному типу с употреблением до 400 мл крепкого спиртного (преимущественно самогона), затем добавляя до 1 л пива, чтобы «было амбре пивное», после становилось лучше («чтобы быть в бодром, работоспособном состоянии»); наблюдалась утрата рвотного рефлекса; первичное патологическое влечение без борьбы мотивов; утрачены все виды контроля (качественный, количественный, ситуационный); наблюдались палимпсесты периодов опьянения. Толерантность достигла 2 л крепкого спиртного в сутки. В 1999 г. впервые посетил психотерапевта, но после 1 занятия прекратил посещение. Затем была произведена в ТОНД в/в инъекция запретительного препарата. До 2002 г. совсем не употреблял алкоголь («не пил ни квас, ни кефир, ни корвалол»). Затем в 2002 г. снова началось употребление алкоголя, «коньячный запой». Повод: на работе переохлаждение, так что решил проводить профилактические процедуры: по 250 мл коньяка после работы, с быстрым ростом толерантности до 1 л. Продолжался запой несколько месяцев. За это время приобрел себе «фляжку, которая была постоянно в кармане, и, приближаясь к своему окончанию, я уже глазами искал любой способ, чтобы ее быстрее заполнить». В связи с этим впервые госпитализировался в наркостационар (НИИ наркологии в Москве в 2003 г.). Госпитализация была эффективной, после нее пациент снова произвел запретительную процедуру в виде в/в инъекции (на основе тетурама), запой прервался на 1,5 года. Причину следующего запоя точно не помнит, но начало было плавным («думал, что могу себя контролировать, подружился с алкоголем»). Мог сдерживаться поле 1-2-дневных запоев до 1-2 недель; но постепенно это все «переросло в систему» (употреблял все подряд). Затем была снова произведена запретительная процедура в виде в/в инъекции с эффективностью 1 год. Последние 10 лет с помощью корвалола обрывал запои. Хватало одного вечера, чтобы так оборвать запой, но перерыв был недолгим (1-2 недели). К тому времени испытывал похмелье даже после 1 дня употребления алкоголя с выраженным тремором. После 3-ей кодировки выдержал 1 год. Очередной запой начался после семейной ссоры с пива. Запой к тому времени длились 2-4 недели, после чего снова попал в НИИ наркологии. В последующие годы получал инъекции альдоферона (последние запретительные процедуры). Эффективность достигала 1 года. Затем еще 1 раз туда же госпитализировался, после чего «становилось лучше, обнулялся». На фоне последней инъекции альдоферона все равно продолжал употребление алкоголя, но в небольших объемах. Но после таких запоев в течение 1-2 недель стал испытывать проблемы: «начали останавливаться мысли при разговоре с человеком, будто вспышки,

затем стал плохо говорить, что вызвало страх за здоровье». Длились эти эпизоды недолго. В связи с этим снова обращался за кодировкой в НИИ наркологии. В 2010 г. впервые был госпитализирован в ТОНД, был выписан за нарушение режима: накопил 10 таблеток карбамазепина и одновременно употребил их. С тех пор прекратил употребление до 2015 г. Затем стали снова отмечаться небольшие запои по 1-2 недели, старался самостоятельно купировать с помощью 98-градусного спирта по 2 бутылочки по 100 гр. на вечер. Затем в феврале 2016 г. возобновил употребление алкоголя в монастыре, где работал. Выпивал почти ежедневно вплоть до августа 2016 г. Употреблял коньяк, также самостоятельно готовил брагу, 14-градусное вино («квасок»). Такую 5-литровую банку надвоих за день. Затем прекратил употребление до октября 2016 г. За все это время эпилептики и эпизоды помрачения сознания отрицает. Отмечает у себя «деградацию личности, проявляющаяся в затруднении объяснения чего-либо»; субъективно ухудшение памяти, снижение волевых побуждений, раздражительность; выдвигание на первый план влечения к ПАВ в ущерб семье, работе, иным жизненным интересам.

Седативные и снотворные препараты. В начале 2000-х гг. отмечает у себя некоторую зависимость от феназепама. По совету врача начал принимать по 1 таб. н/ночь, затем по 2, далее рост толерантности – 10 таб в сутки. Отмечал спокойствие, «ходил плавненький, ничего не волновало, вполне мог работать». При максимальной толерантности после такого количества таблеток стал испытывать состояние оглушенности, надолго засыпал. Абстинентный синдром сформирован не был, легко отказался от употребления препарата. Затем в течение жизни лишь несколько раз употребил реланиум путем в/в введения.

Опиоиды. Первичное употребление в 22-23-летнем возрасте героина путем инсuffляции. В дальнейшем отмечалось периодическое употребление героина, отсутствие «системы» (в/в вводил, когда был), в том числе «соломки». Абстинентный синдром сформирован не был, феномены зависимости отрицает; последнее употребление в 1999 г. При введении препарата испытывал «выключение рубильника, расслабление».

Галлюциногены. Первичное употребление в 17-летнем возрасте колипсола (флаконы по 10 мл). Данный препарат стал более интересен, так как угас интерес к героину. Употреблял путем в/в введения по 1,5-2 мл (в 10-мл. шприце с добавлением глюкозы), причем на игле испытывал вкус жженой пластмассы (отличительная черта венгерского колипсола от украинского кетамина, который был намного слабее по своему эффекту). Испытывал «закулисье мира, игла в вене и пространство перед тобой схлопывается, затем спускаешься по ступеням, видишь Будду». Кетаминовые «сессии» длились по 4-5 дней, причем вскоре «пришло осознание, что любой момент жизни может быть последним». Требовались перерывы в 1-2 суток для возобновления полноты ощущений. В сутки до 3 таких инъекций. 20 минут – основной галлюциногенный эффект, затем около 4-5 часов эйфории. Регулярное употребление кетамина (укр.)/колипсола (венгр.)/кеталара (герм.) отмечалось до 1994 г. Затем с 1996 г. периодическое употребление параллельно с другими ПАВ, в особенности марихуаной и героином («всеядность»).

Также недолго эпизодически употреблял *шалфей-предсказателей*, содержащий *сальвиорин*, путем курения. Испытывал «страшные галлюцинации: видел декорации нашего мира, деревянные, а бесы их двигают, также обращают внимание на меня», половина моей головы под землей, половина здесь и, если я подвину голову, то у меня все разрушится». Именно тогда возник термин про «закулисье мира».

Каннабиноиды. Первичное употребление в 1991 г., покурив марихуану в большом количестве вплоть до галлюциногенного эффекта (видел полицейские головы). До начала 2000-х употребление носило эпизодический характер (2-3 раза в месяц), испытывал эйфорию. С 25-летнего возраста: «системный гашишизм», употребление носило ежедневный характер по несколько раз в день (до 3-х, утром, в обед вместе с амфетамином для тонизирующего эффекта и вечером в большем объеме и без амфетамина с целью засыпания). Предпочтение отдавал гашишу, так как в отличие от марихуаны «он посильнее». Не мог его не употреблять, курил при пробуждении. Был сформирован абстинентный синдром, протекающий по психопатологическому типу, проявляющийся в недомогании, разбитости, сердцебиении, сниженном настроении с оттенком дисфории, бессоннице. Длилось это состояние до

3-4 дней, но зачастую купировал эти симптомы гашишем сразу же после их появления. После однократного выкуривания гашиша испытывал «прилив сил». На вопрос как долго мог не курить, отвечает «такого не бывало». Госпитализировался в НИИ наркологии, так как «устал от этого». Покупал коробку с 50-100 гр гашиша и, когда оставалось по 10 гр, начинал искать новую дозу. Лечение помогло, стал реже употреблять, но в последнее время с сентября 2016 г. снова возросла частота употребления. Полностью от употребления каннабиноидов никогда не отказывался.

Психостимуляторы (амфетамин). Первичное употребление в 25-летнем возрасте («абсолютно не понял ощущений, не понравилось, ждал какого-то прихода, как от героина»). Затем это была «производственная необходимость, чтобы работать», поскольку амфетамин помогал не спать до 5 суток и все это время работать (в основном по 3-4 дня). На 5 сутки уже «страшно спать ложиться», таким образом наблюдался рост толерантности. После таких эпизодов спал по 24 часа. Очень помогал по работе, например, в связи с созданием музыкальных треков, так как «работаешь над треком целый день, потом засыпаешь и заканчиваешь утром – будет уже не так качественно; а если без перерывов, в том числе на сон работать, то будет лучше, будет какая-то целостность». Через 1 месяц уже «постоянно в кармане присутствовал амфетамин и перед любой деятельностью нужно насыпать, чтобы себя стимулировать», то есть толерантность достигла своего плато. Употреблял только путем инсuffляции. В/в инъекции категорически отрицает, так как «опасался себе вводить всякие неизвестные компоненты, например, сахарную пудру или муку, поскольку чистый амфетамин достать нереально». обстоятельно рассказывает свойства наркотика: если амфетамин прилипает к поверхности карточки, то в нем высокая концентрация муки или сахарной пудры (в кофемолке с сахаром мешали). Толерантность достигла 2 гр вещества на 3 суток; одного раза инсuffляции хватало на 5-6 часов активной деятельности. Был сформирован абстинентный синдром, протекающий по психопатологическому типу и проявляющийся выраженной астенией, субдепрессивным оттенком настроения, истерическими реакциями. После отмены амфетамина также периодически испытывал иллюзорные расстройства («сбоку сидит человек и начинает казаться, что он корчит какие-то рожи»), слуховые галлюцинации («между собой говорят о чем-то люди, но я слышу, что этот разговор обо мне»), идеи преследования («за мной следят, кругом заговор»). Зачастую купировал алкогольные запои с помощью амфетамина. С 2008 по 2010 гг. полностью прекратил употребление. Затем случайно возобновил употребление, которое приобрело системный характер в течение 3 лет наряду с употреблением гашиша. Употреблял ежедневно: утром и в обед амфетамин «для бодрячка», а вечером без него, зато побольше выкурить гашиша, чтобы поспать. Затем купировал употребление с помощью госпитализации в НИИ. Недолго в 2000-х гг употреблял *кокаин* путем инсuffляции до 2 раз в месяц («это дорогие понты, которые действуют 40 минут, зато все четко»). Толерантность составляла 1 гр.

Экстази, содержащий MDMA. Первичное употребление в середине 2000-х годов, в течение 2 лет, периодами ежедневный прием, затем светлые промежутки в течение нескольких недель. Употреблял в виде таблеток. Толерантность 2 таблетки в сутки (одну растолченную понюхать, вторую съесть, чтобы эффект был быстрый и длительный). Эффект «близок к амфетамину, но качественнее».

Анализ случая. Данный случай представляет собой особый интерес в связи с полинаркоманией пациента: употребление алкоголя, снотворных и седативных средств (*феназепам, корвалол, диазепам*), галлюциногены (*кетамин, сальвинорин*), опиоиды (*героин*), каннабиноиды (*гашиш и марихуана*), психостимуляторы (амфетамин, кокаин, MDMA).

Таким образом, если не комбинировать в F19 все эти зависимости, то пациенту можно выставить следующий диагноз: F10.252; F10.0; F10.30; F12.252; F12.0; F12.30; F15.252; F11.1; F13.1; F16.1.

Основной: 1. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя: синдром зависимости 2 стадия, систематическое употребление; острая интоксикация от 4.01.2016; абстинентное состояние неосложненное. 2. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением каннабиноидов: синдром зависимости 2 стадия, систематическое употребление; острая интоксикация от 4.01.2016; абстинентное состояние неосложненное. 3. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением

психостимуляторов (амфетамин): синдром зависимости 2 стадия, систематическое употребление. 4. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением опиоидов: пагубное употребление. 5. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением снотворных и седативных средств: пагубное употребление. 6. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением галлюциногенов (кетамин, сальвинорин): пагубное употребление.

Сопутствующий: хронический вирусный гепатит С.

Помимо полинаркомании в диагнозе интересен синдром зависимости от каннабиноидов, который развивается довольно редко, но у данного пациента он имеет место быть.

При большой длительности потребления ПАВ, их разнообразии, данный пациент сумел сохранить к 41 году достаточно высокое качество своего психического и соматического здоровья.

Соматически: инфицировался гепатитом С. Имеет пролапс митрального клапана и НБПНПГ, что не связано с зависимостью от ПАВ. При поступлении отмечается повышение ферментов (АСТ в 2,5 раза и АЛТ в 1,5 раза), что вызвано, вероятно, острой интоксикацией алкоголем.

Психически: согласно заключению *клинического психолога*, выявляется нерезко выраженное снижение слуховой памяти.

РКТ головного мозга: кистозный очаг левой височной доли, что, вероятно, не имеет никакого отношения к зависимости от ПАВ.

ЭЭГ: нерезко ирритативный тип с умеренно выраженной дизритмией, признаками умеренного повышения тонуса десинхронизирующих структур. ЭЭГ по органическому типу.

Сам пациент, обладая высоким интеллектуальным уровнем, сумел сохранить его, несмотря на алкоголизм и полинаркоманию. В связи с этим, как можно было заметить по многочисленным цитатам в тексте истории заболевания, очень подробно и интересно рассказывает о своих зависимостях, уделяя внимание деталям, употребляя собственные термины, рассказывая о методах приготовления и способах употребления наркотиков; хорошо помня причину почти каждого запоя, а также их подробности.

Филиппова А.С., Радин М.С., Пряникова Е.В., Чехонадский И.И.,
Журавлев Я.С., Кузнецова О.И.

ИССЛЕДОВАНИЕ АЛЕКСИТИМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Оренбургская ОКПБ № 2, Оренбург

Тревожно-фобические расстройства являются одним из наиболее часто встречающихся вариантов пограничной психической патологии. Риск развития в течение жизни тревожного расстройства, по данным, полученным на американской популяции, составляет 24,5 %, а по данным широкомасштабного Европейского исследования (ESEMeD) – 16 % (Nutt D.J., Mazilia A., 2001). Каждый четвертый житель планеты хотя бы раз в жизни перенес то или иное тревожное расстройство, а заболеваемость ими составляет 17,7 % в год. Актуальность проблемы тревожных расстройств определяется их клинической гетерогенностью, тенденцией к затяжному течению и формированию коморбидных соотношений с депрессивной и соматоформной симптоматикой (Соловьева И.К., 2006). Наибольший удельный вес приходится на легкие тревожные расстройства типа ситуационно обусловленных личностных реакций, нозогенные расстройства (психогении, связанные с тяжелым соматическим заболеванием и методами его терапии) и генерализованную тревогу (Смольникова М.И., 1990). По мнению А.С. Аведисовой (1995, 2003), облигатной чертой симптомов при тревожно-фобических расстройствах является их полисистемность.

Развитие тревожно-фобических расстройств, зависит от многих факторов, среди которых важную роль играют личностные характеристики, такие как алекситимия. Множество исследований показывают, что алекситимию нужно рассматривать как своеобразную личностную характеристику (Николаева В.В., 1993; Martina L. 2006; Mattila A.K., Salminen J.K., Nummi T., Joukamaa M. 2006; Mikolajczak M., Luminet O., 2006). Считается, что начало изучению алекситимии положили J. Nemiah и P. Sifnoes в 70-х годах двадцатого столетия. Термин *'алекситимия'* (от греч. *α* – от-сутствие, *lexis* – слово, *thymos* – чувство) предложил P. Sifnoes охарактеризовав расстройства у больных психосоматических клиник в познавательной-эмоциональной сфере. Таким образом, под алекситимией следует понимать, как неспособность человека, к выражению собственных чувств, своего внутреннего мира, так и неспособность понять эмоциональное состояние другого человека. Всего в исследовании приняли участие 50 человек, из которых основную группу составили 25 пациентов с тревожно-фобическими расстройствами, контрольную – 25 пациентов с соматоформными расстройствами.

Тревожно-фобические расстройства – это ряд невротических расстройств (к которым, согласно МКБ-10, относятся агорафобия (F40.0), социальная фобия (F40.1), изолированная (специфическая) фобия (F40.2), паническое расстройство (F41.0), генерализованное тревожное расстройство (F41.1)), ведущими симптомами которых выступают тревога или страхи. Тревога при этом является патологической и может сопровождаться соматовегетативными нарушениями.

Главной особенностью соматоформных расстройств (F45) является повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Если у больного имеются какие-либо соматические заболевания, они не объясняют природы и степени выраженности симптомов или страдания, или жалоб пациента.

Все пациенты находились на лечении в отделении неврозов психиатрического стационара и диагноз каждому был установлен в соответствии критериям МКБ10.

Методы исследования. Торонская алекситимическая шкала (TAS) была создана G.J. Taylor и соавт. (1985). Для статистической обработки данных использован пакет статистических программ MicrosoftOfficeExcel 2010.

В ходе проведенной работы был исследован уровень алекситимии в основной и группы сравнения. Результаты: 4 % испытуемых в основной группе имели алекситимический тип личности. Эти испытуемые при тестировании по шкале TAS набрали свыше 74 баллов, что соответствует критерию выраженной алекситимии; 72 % больных набрали от 62 до 73 баллов, что соответствует пограничному уровню. У 24 % больных алекситимии выявлено не было (менее 62 баллов по TAS). Таким образом, у 76 % больных с тревожно-фобическими расстройствами было выявлено наличие алекситимических черт в структуре личности.

В группе сравнения 0 % испытуемых имели алекситимический тип личности (свыше 74 баллов); 80 % испытуемых набрали от 62 до 73 баллов, что соответствует пограничному уровню. У 20 % испытуемых алекситимии выявлено не было (менее 62 баллов по TAS). Таким образом, у 80 % испытуемых контрольной группы было выявлено наличие алекситимических черт, в структуре личности.

Выводы: алекситимический тип превалирует в основной группе (4 %), что собственно соотносится с теорией возникновения психосоматических заболеваний. Таким образом, пациенты с тревожно-фобическими расстройствами значимо чаще пациентов с соматоформными расстройствами отмечают трудности в идентификации и различении чувств и телесных ощущений, вербализации чувств и коммуникации чувствами. Их мышление направлено скорее на конкретные детали происходящего, обыденно и экстернально ориентировано. В основной группе средний показатель алекситимии несколько превышает норму, 70 баллов при норме до 62 баллов, можно предположить, что высокий уровень алекситимии наблюдается здесь как следствие возникшего тревожно-фобического расстройства, то есть это может свидетельствовать о вторичном характере алекситимии.

Шадманова Л.Ш., Курбаниязова Ш.Э., Матякубова М.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРЕОДОЛЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Отмечается рост числа больных шизофренией с явлениями терапевтической резистентности к психофармакотерапии. Представляется очевидным, что поиск методов, направленных на преодоление этих отрицательных явлений, является чрезвычайно актуальным. Одним из методов выбора преодоления резистентности к психофармакотерапии является электросудорожная терапия (ЭСТ).

Цель исследования: определение эффективности применения электросудорожной терапии при преодолении терапевтической резистентности у больных депрессивным расстройством.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 мужчин с диагнозом «параноидная шизофрения», которые находились на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической Больнице в период с 2015 по 2017 гг. Больным проводилась электросудорожная терапия аппаратом «Элекон-10» в связи с развившейся резистентностью к проводимой психофармакотерапии. Возраст пациентов варьировал от 18 до 50 лет (средний возраст составил 35,1 лет).

Результаты исследования. Распределение эффективности применения ЭСТ в зависимости от вида депрессии и параноидной симптоматики носило неравномерный характер. Прежде всего, обращает на себя внимание достаточно высокая эффективность электросудорожной терапии при затяжных психозах. Выраженное и существенное улучшение в нашем исследовании было получено у 13 из 20 больных с затяжными депрессиями или психозом. Выраженное и существенное улучшение наблюдалось у 10 больных из 23 включенных в исследование, незначительное улучшение – у 3 человек, отсутствие эффекта от лечения было отмечено нами у 7 пациентов. Наименьший эффект от лечения был получен нами у больных с хронической депрессией.

Вывод: в результате исследования выявлено, что электросудорожная терапия является достаточно эффективным методом преодоления терапевтической резистентности при лечении параноидной шизофрении. Электросудорожная терапия наиболее эффективна при терапии затяжных депрессий. Приступообразный характер течения психического расстройства определяет лучшую курабельность при применении электросудорожной терапии. Хронические депрессивные состояния поддаются лечению электросудорожной терапией в меньшей степени. Электросудорожная терапия является достаточно безопасным методом преодоления резистентности к психофармакотерапии.

Шадманова Л.Ш., Курбаниязова Ш.Э., Нарбаева Н.Х.

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

По сравнению с другими заболеваниями распространенность депрессии по данным ВОЗ достаточно высокая – от 5 до 10 %. Учитывая тот факт, что население чаще всего в силу ряда причин избегает контактов со службой психиатрической помощи, пациенты с депрессивными расстройствами чаще всего обращаются к терапевту, но врачи общей практики не могут поставить диагноз и соответственно лечить от 50 до 70 % пациентов с тревогой и депрессивными расстройствами.

Правильный диагноз в таких случаях устанавливается лишь у 0,5-4,5 % больных. По данным опроса врачей общей практики только 2,4 % врачей интересовались наличием суицидальных мыслей у пожилых пациентов, тогда как остальные, как правило, опасались подобными вопросами подтолкнуть пациентов к самоубийству.

Целью работы являлось раннее выявление и дифференциальная диагностика депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста в общесоматической практике.

Задачи исследования:

1. Изучить клинику депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста в общесоматической практике.

2. Дифференцировать больных пожилого возраста с депрессивными расстройствами для разработки терапевтической тактики.

3.. Обосновать принципы взаимодействия врач-психиатр – врач общей практики при диагностике депрессивных расстройств у больных пожилого возраста в общесоматической практике.

Материалы и методы исследования. Было исследовано 43 пациента с депрессивными расстройствами в поликлиниках г. Ташкента.

Результаты исследования. В структуре выявленных аффективных расстройств в общесоматическом стационаре и поликлинике установлено преобладание депрессий психогенной этиологии – у 23 пациентов (53 %). В поликлинике отмечено преобладание депрессий легких и средней тяжести (19,3 балла по шкале Гамильтона, индекс GSI – 1,02) и компенсированной соматической патологии.

При сравнении депрессивных расстройств у пациентов позднего возраста в поликлинике и стационаре, достоверно более выраженная глубина депрессии (депрессии средней тяжести) имеет место у пациентов стационара, в основном за счет преобладания эндогенных депрессий с большим кол-вом соматических расстройств (средний балл по шкале Гамильтона 21,5, индекс GSI – 1,22).

Заключение. Характерным для нашего исследования больных с депрессиями позднего возраста является преобладание; тревожных – у 20 (47,3 %), ипохондрических – у 12 (28,7 %) и астенических форм депрессий – у 10 (24,0 %).

Склонность к затяжному течению, рецидивированию расстройств, атипизация циркулярных депрессий, наличие в клинической картине депрессий признаков, указывающих на цереброорганический фон, соматическая отягощенность – у 38 больных (87.9 %) с депрессиями пожилого возраста, что и являлась часто причиной неадекватной оценки психического состояния больных.

Выводы. При лечении депрессивных расстройств у пациентов позднего возраста, принимая во внимание наличие соматических заболеваний, рекомендуются препараты с минимально выраженными побочными эффектами (коаксил, флюоксетин, амиксид). При чем у пожилых пациентов, как показало исследование, эффективными являются достаточно малые дозы препаратов (ниже обычной среднесуточной дозы).

Шадманова Л.Ш., Нарбаева Н.Х.

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность изучения типологических особенностей личности женщин, предрасполагающих к послеродовой материнской депрессии, определяется большой распространенностью этого расстройства. По данным различных исследований послеродовая (постпартальная) депрессия в первые месяцы после родов встречается у 10-20 % женщин [3]. Среди факторов, предрасполагающих к возникновению аффективных послеродовых расстройств, традиционно описывались тревожные и депрессивные состояния в дородовом периоде, депрессивные эпизоды в анамнезе, психотравмы в период беременности, заболевания новорожденных и неблагоприятные семейные взаимоотношения, приводящие к отсутствию поддержки женщины со стороны мужа [6]. Однако большинство из указанных факторов в полной мере не объясняют механизмы возникновения послеродовых депрессивных состояний. Очевидно, что как особенности реакции женщины на психотравмирующие события беременности, родов и послеродового периода, включая семейные конфликты и заболевания новорожденного, так и психологическая адаптация к статусу матери во многом зависит от личностных особенностей женщин. Вопрос о том, когда женщина психологически становится

матерью, не имеет однозначного ответа. В литературе большое значение уделяется феномену «переходного материнства», заключающегося в обретении женщиной нового психосоциального статуса, накладывающего отпечаток на образ жизни и ценностные приоритеты. Адаптация женщины к статусу матери укладывается в представление об адаптационной реакции, наблюдающейся в первые 10-14 дней после родов, клиническим выражением которой является т.н. синдром грусти рожениц («блюз» синдром). При неблагоприятно протекающей адаптации депрессивная симптоматика может иметь затяжной характер (от нескольких месяцев до года) и трансформироваться в постпартальную депрессию.

Цель исследования: изучить типологические особенности первородящих женщин с послеродовыми депрессиями для оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования явились 30 женщин с депрессивными расстройствами послеродового генеза, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. Критерием отбора пациенток для исследования было наличие верифицированного диагноза по МКБ-10 F-53,0. Все обследованные до родов не состояли на учёте у психиатров и невропатологов, беременность у них протекала без патологии и осложнений, роды были физиологическими. Из экспериментальных методов для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки тревоги и депрессии Гамильтона (HARS, HDRS), а для определения конституционально-личностных особенностей был использован тест Леонгарда-Шмишека.

Результаты: в ходе исследования с помощью шкалы оценки тревоги и депрессии Гамильтона выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 85 % пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 80 % исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 100 % обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55 %), у 5 % обследуемых субклинически выраженная тревога и у 40 % пациенток – констатировалась выраженная тревога. Депрессивная симптоматика проявлялась классическими симптомами в виде гипотимии, замедления мыслительной деятельности и заторможенности двигательной сферы. На высоте депрессивного аффекта у 8 % обследуемых возникали идеи самоуничтожения, отмечалась тенденция к появлению суицидальных мыслей и планов, связанных со страхами за будущее ребёнка, невозможности ухаживать за ним, беспокойство за его здоровье. В формировании депрессивной патологии были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности, болезненное переживание за неспособность вести домашнее хозяйство и принять активное участие в воспитании своего младенца. При исследовании личностных особенностей с помощью теста Леонгарда были выявлены: аффективно-экзальтированный тип личности у 3 больных (10 %), застревающий тип личности у 8 больных (26.7 %), аффективно-лабильный тип в 40 % случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (16.7 %), в 6.6 % случаев был выявлен эмотивный тип личности женщин с депрессивной патологией. В исследуемых группах была проведена сравнительная оценка динамики тяжести депрессии и конституционально-типологических особенностей личности первородящих женщин. Преморбидные особенности личности первородящих женщин оказывали определенное влияние на степень тяжести депрессии и уровень тревоги, динамику и длительность заболевания, резистентность к психотропной терапии.

Вывод: таким образом, установлено, что наиболее часто послеродовая депрессия тяжёлой степени невротического уровня встречалась у лиц с аффективно-лабильным типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у лиц с застревающими и тревожно-боязливыми типами личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с аффективно-экзальтированным и эмотивным типом личности. В зависимости от полученных результатов появляется возможность ранней психопрофилактики осложнений послеродового периода, проведения эффективного курса лечения и выбора метода психотерапевтического воздействия с учётом личностных особенностей.

Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЛИГИОЗНЫХ ВКЛЮЧЕНИЙ В СТРУКТУРУ БРЕДООБРАЗОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ ПСИХОЗАМИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность: психические заболевания с бредом представляют одну из основных проблем научной и практической психиатрии в связи с их широкой распространённостью, трудностями диагностических определений, сложностями терапии и особой социальной важностью их раннего распознавания и прогностической оценки. Задачи своевременности и эффективности оказания помощи больным с бредовыми расстройствами требуют диагностики признаков бреда на самых ранних стадиях его развития – в продроме психоза или в самом начале его манифеста. Взаимодействие психогенных факторов, конституционально-личностных особенностей и шизоаффективного расстройства, равно как и других расстройств шизофренического спектра, остаются и в настоящее время одним из сложных и дискуссионных вопросов клинической психиатрии. В большинстве современных источников уделяется особое внимание фабуле бредовых расстройств, усложняющих картину психоза и требующих коррекции в рамках терапии периодов обострения. Спорными вопросами до сих пор остаются различия в клинической картине и механизмах развития бреда при шизоаффективных состояниях в рамках каждой из разновидностей шизоаффективного психоза, особенности характеристик собственно бредовых расстройств, формы заболевания, а также стадии заболевания и его прогрессивности. В связи с этим актуальной проблемой является анализ структуры бредообразования с учётом конституционально-личностных особенностей пациентов и уровнем аффективной патологии при шизоаффективных психозах.

Цель исследования и задачи: изучить религиозные включения в структуру бредообразования и влияние типологических особенностей личности пациенток с шизоаффективными психозами на формирование бредовых расстройств с целью улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных и оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 50 женщин с тревожно-депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Обязательным критерием для отбора составляло наличие бредовой симптоматики с религиозными включениями. Ведущими методами исследования являлись клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения конституционально-личностных особенностей пациенток был использован тест-опросник Шмишека-Леонгарда.

Результаты и обсуждения: из 50 больных с шизоаффективными психозами, возникшими в сочетании с тревожными расстройствами, у 40 % диагностирован депрессивный тип F-25.1, у 45 % обследованных – маниакальный тип F-25.0, у 15 % смешанный тип шизоаффективного расстройства F-25.2. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина и шкал Гамильтона выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98 % пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94 % исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55 % обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55 %), у 35 % обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10 % пациенток – констатировалась выраженная тревога. При исследовании конституционально-личностных особенностей пациенток с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10 %), застревающий тип личности у 14 больных (28 %), дистимический тип был выявлен в 40 % случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12 %), в 10 % случаев был выявлен эмотивный тип личности. Анализ структуры бредообразования выявил, что религиозная

тематика отличалась полиморфизмом и своеобразием содержания. В бредовых переживаниях не наблюдалась системная интерпретация какой либо одной религиозной конфессии, выявлялось своеобразное взаимопроникновение друг в друга всех мировых религий, преобладали сюжеты католического содержания. Среди обследованных 28 % больных были зарегистрированы в Интернете на сайтах религиозного направления, откуда извлекали доступную информацию, вели активную переписку, участвовали в обсуждениях. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь между типом личности пациенток и клинико-динамическими особенностями бредообразования. Так, у исследуемых с дистимическим типом личности наблюдалось развитие на высоте аффективного состояния бреда воздействия, депрессивных идей осуждения и самообвинения, которые в большинстве случаев формировались после эмоционально значимых экзогенных вредностей. Бредовые расстройства в картине шизоаффективных состояний этого типа личностей наиболее часто (в 95 % случаев) формировались на фоне депрессивного аффекта. В содержании бредовых идей включались сюжеты религиозного содержания, причём отмечалось переплетение различных религиозных течений, отсутствовала систематика бреда, имело место преобладание образно-чувственного компонента. Для пациенток с тревожно-боязливым типом личности было характерно развитие фрагментарных неаффективных бредовых расстройств. Отсутствовали какие-либо определенные и существенные признаки законченной фабулы бреда, доминировал аффект напряжения, глобальной подозрительности, недоверия, ощущения надвигающейся опасности своему существованию, что и позволило отнести это состояние к «бредовому настроению». Отличительной особенностью расстройств на этапе неаффективного бреда был преходящий, транзиторный характер их проявлений, от нескольких дней до 2 недель. Демонстративному типу личности было свойственно развитие бредовых переживаний с ощущением розыгрыша, переживанием внешней измененности обстановки и поведения окружающих с характером неестественности, ощущения сделанности, подстроенности, что и позволило рассматривать данное бредовое состояние в рамках бреда инсценировки. Фабула бредовых переживаний на высоте аффекта принимала мегаломанический характер с идеями особого значения, миссии, величия; больные обнаруживали у себя «дар предвидения, способности, возможности общения с Богом». У пациенток с эмотивными чертами характера формировался ипохондрический бред при отсутствии отчетливой взаимосвязи с полюсом или типологической структурой предшествующих ему аффективных расстройств. Сюжеты бредовых переживаний были связаны с «ниспосланной по воле Божьей карой за содеянные грехи в прошлой жизни», включались элементы нигилистического характера, своеобразная трактовка тематики неправильных умозаключений была свойственна данному типу личности. В результате активной фармакотерапии наблюдалась редукция бредовых переживаний с формированием формальной критики у обследованных пациенток.

Выводы: таким образом, анализ структуры бредообразования с учётом конституционально-типологических особенностей личности пациенток шизоаффективного регистра даёт возможности определить полиморфизм клиники, прогнозировать фабулу и динамику бредообразования, является фактором предупреждения неблагоприятного исхода заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

Щурова И.А.

ГРУППОВАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ КАК МЕРА ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Благодаря современным методам лечения многие пациенты психиатрических служб имеют возможность полноценной социальной жизни. В создавшихся ус-

ловиях для них возрастает роль стигмы, или статуса психически больного в обществе, что требует психокоррекционных вмешательств, направленных на дестигматизацию с использованием личностных ресурсов пациентов.

Пациенты, находящиеся в стационаре, страдают от социальной дезадаптации, снижения жизненной активности и неуверенности. Применение фармакотерапии купирует психотическую симптоматику, но не решает большей части личностно обусловленных проблем пациента, не предупреждает последующую самостигматизацию. Это приводит к тому, что больной, даже находясь в ремиссии, не приспособлен к самостоятельной жизни в обществе. (Критская, Мелешко, Поляков, 1991). Ключевое место в структуре феномена самостигматизации занимает переживание больным собственной несостоятельности по сравнению с окружающими и связанного с этим чувством вины. Указанные чувства могут служить основой для формирования неадаптивных поведенческих стратегий, которые в свою очередь способствуют повторной госпитализации, как самостоятельно, так и являясь провоцирующими факторами.

Совокупность реакций личности на стигму, как правило, наслаивается на признаки болезненного процесса, что может находить отражение в клинической картине заболевания, затрудняя квалификацию состояния и нарушая социальную адаптацию больного. Сходство и взаимное влияние симптомов болезни и проявлений самостигматизации определяет необходимость дифференцировки этих состояний в клинике для адекватного прогнозирования течения заболевания и разработки лечебных и социально-реабилитационных мероприятий.

Поскольку самостигматизация представляет собой изменение системы отношений больного в связи с его представлениями о своей болезни, оценивать тип и выраженность самостигматизации можно по тому, какие сферы своей жизни и в какой степени больной связывает с болезнью.

Практическая значимость исследования. Разработанная психокоррекционная группа может быть использована в практической деятельности медицинского психолога в качестве завершающего этапа реабилитационных мероприятий.

Дальнейшее изучение и научное обоснование данной проблемы позволит приблизиться к пониманию детерминант и механизмов нарушений личностной сферы у больных с хроническими психическими расстройствами.

Гипотеза. Таким образом, оказывая влияние в процессе групповой психокоррекции на личность пациента, его потребности и эмоциональное состояние, изменяя неадаптивные механизмы поведения, корректируя эмоциональный опыт, можно проанализировать тип самостигматизации и уменьшить ее выраженность.

Работа в психокоррекционной группе была нацелена на осознание соблюдения предписанного режима лечения, обучение признакам начинающегося обострения, совладание с остаточной психопатологической симптоматикой, улучшение адаптации пациента, понимание содержания внутриличностного конфликта, модификацию отношений в значимых областях, в частности отношения к болезни.

Задачи:

- определение мотивации пациентов к участию;
- определение особенностей поведения в стрессовых ситуациях;
- определение уровня стигматизации, отражающее степень болезненности восприятия статуса психиатрического пациента.

Методы работы с пациентами:

- клиническое интервью,
- наблюдение,
- анкетирование,
- индивидуальная психокоррекция;
- методика «Способы совладающего поведения Р. Лазаруса»;
- опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре (субшкала стигматизации), Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид;
- анамнестические данные.

С января 2016 по октябрь 2017 в психокоррекционной группе приняли участие восемьдесят два человека. Занятия проводились два раза в неделю и длились полтора часа. Группа была закрытой и включала 8-12 человек. Средний возраст участников составил $36,64 \pm 10$ (от 19 до 60 лет). Группа была гетерогенной (по полу, возрасту, нозологии, а также по длительности заболевания и пребывания в больнице). Большинство пациентов имело инвалидность II группы.

Первое занятие группы всегда начиналось со знакомства и принятия правил, по которым участникам предстояло работать. За все проведенные циклы на этом этапе выбыли четыре человека.

В начале каждой встречи пациенты называли свои эмоции и чувства. После этого начиналась работа с запросом. Наиболее частые запросы пациентов были связаны с ограничением в выборе специальности и получения образования, возможности профессионального роста, с проблемами в межличностных взаимоотношениях (конфликты с окружающими). В эмоциональном фоне преобладали чувства вины и стыда, связанные с наличием психического заболевания.

При возникновении во время группового занятия эмоционального напряжения, с которым пациент не мог справиться самостоятельно, проводились индивидуальные беседы. В среднем с каждым пациентом было проведено десять сессий в период участия в психокоррекционной группе. Основным методом являлась групповая дискуссия.

В психокоррекционной группе участвовали пациенты со следующими диагнозами: шизофрения, параноидная форма; расстройство адаптации; смешанное диссоциативное расстройство с тяжелым нарушением социальной адаптации; рекуррентное депрессивное расстройство; биполярное аффективное расстройство; генерализованное тревожное расстройство; органическое аффективное психотическое расстройство; соматоформное расстройство у личности с истероидной акцентуацией; рекуррентное депрессивное расстройство.

Больные для участия в психокоррекционной группе отбирались по следующим критериям: сохранный интеллект и наличие здоровой части личности.

К участию не допускались больные, находящиеся в остром психотическом состоянии и имеющие выраженные дефекты в когнитивной и эмоционально-личностной сферах.

Работа в группе осуществлялась клиническим психологом под руководством заведующей отделением.

С целью изучения механизмов психокоррекционного воздействия группы использовались анкета «Важные этапы в процессе групповой психокоррекции», для изучения копинг-стратегий использовалась методика «Способы совладающего поведения Лазаруса», выявление степени болезненности восприятия статуса психиатрического пациента – опросник оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре (субшкала стигматизации).

В обследовании принимали участие 15 человек, 5 из которых за время лечения в стационаре прошли более двух циклов групповой психокоррекции.

Результаты. Большинство пациентов определили наиболее значимыми изменения в эмоциональной и когнитивной сферах и отметили как «очень важные» следующие пункты:

- научиться принимать себя и свою болезнь,
- осознавать мотивы своих поступков,
- разобраться в прежних конфликтных ситуациях и предупредить новые,
- лучше понимать свои чувства и причины их возникновения.

Меньшее кол-во пациентов отметило как «очень важные» изменения, касающиеся поведенческой сферы:

- изменить поведение и образ жизни таким образом, чтобы сократить кол-во последующих госпитализаций;
- применять навыки, полученные в процессе групповой работы;
- узнать, какое поведение отталкивает окружающих.

В ходе групповой работы выяснилось, какова была мотивация пациентов к участию:

- «участие в группе поможет мне быстрее получить выписку»;
- «группа дает мне возможность общаться»;
- «я могу доказать себе и окружающим свое сходство со здоровыми людьми»;

- «группа поможет мне избежать повторных госпитализаций».

С пациентами были проведены беседы по результатам исследования с целью определения осознанности стратегий действий в стрессовых ситуациях. Анализ взаимосвязи ведущих копингов проводился согласно запросу, заявленному в психокоррекционной группе. У пациентов, прошедших более двух циклов ведущими оказались следующие копинг-стратегии: «конфронтация», «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности» и «планирование решения проблемы».

Со слов пациентов, высоконапряженные стратегии совладания имели следующую взаимосвязь: «*Конфронтация*» и «*самоконтроль*». Импульсивность в поведении, враждебность, неоправданное упорство используются как способ разрядки эмоционального напряжения, которое накапливается ввиду сверхконтроля поведения.

«*Поиск социальной поддержки*» и «*принятие ответственности*». По мнению пациента именно чрезмерное принятие ответственности помогает разрешению проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов. Отчетливый компонент самокритики и самообвинения служит способом коммуникации в системе отношений и позволяет получить действенную и эмоциональную поддержку.

Существующая взаимосвязь копингов выявляет риск возникновения зависимой позиции и/или чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим.

«*Самоконтроль*» и «*принятие ответственности*». Потребность контролировать эмоции и снизить их влияние на оценку ситуации, стремление к самообладанию является следствием понимания зависимости между собственными действиями и их последствиями. В свою очередь поиск причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках приводит к чрезмерной требовательности, что обуславливает трудности выражения переживаний, потребностей и побуждений в связи с проблемной ситуацией.

«*Планирование решения проблемы*» и «*принятие ответственности*». Преувеличение влияния личной роли в возникновении актуальных трудностей, возможность необоснованной самокритики и принятие чрезмерной ответственности способствует рациональности, недостаточной эмоциональности, интуитивности и спонтанности в поведении, поэтому большинство действий пациента выглядят неуместными ситуацией.

У больных (десять человек), впервые участвующих в групповой психокоррекции, преобладают стратегия «поиск социальной поддержки» и стратегия «бегства-избегания». Вероятно, пациенты оценивают свои личностные ресурсы как недостаточные, имеют тенденцию к переживанию чувства беспомощности и несостоятельности, что определяет повышенную потребность в поддержке со стороны окружающих, склонны к отрицанию трудностей в проблемной ситуации, стремлению уходить от проблемы в связи с невозможностью совладания с нею и переживаниями эмоционального напряжения. Учитывая наличие психического заболевания, стратегия бегства-избегания может негативно сказываться на адаптации пациентов к болезни, выражаясь в низком комплаенсе.

Выводы. Проведенное исследование показало, что копинг-стратегии преобладающие в поведении большинства больных, направлены преимущественно на снижение эмоционального дискомфорта, а не на разрешение проблемной ситуации.

Уровень стигматизации у пациентов, прошедших более двух циклов психокоррекционной группы, был существенно ниже остальных.

За время участия в группе пациенты пришли к пониманию взаимосвязи когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов; скорректировали способы выражения отрицательных эмоций, оценили опасность различных эмоциональных состояний. Возможность говорить о том, что беспокоит, какие возникают страхи и проблемы, связанные с отношением в обществе к психически больным, способствует снижению напряжения и тревоги. Участие в психокоррекционной группе помогает пациенту проследить, какие события предшествуют госпитализации, а также на каком этапе необходимо обратиться за помощью к специалисту. Выявленные особенности стресс-преодолевающего поведения пациентов позволяют наметить основные мишени для психокоррекционных воздействий.

Якимец А.В., Голубенко Р.А., Якимец В.Н.

**ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА,
СТРАДАЮЩИХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ**

Орловская ОКБ, г. Орел

Онкогематология является одной из самых динамично развивающихся областей медицины. В структуре онкологических заболеваний патология лимфатической ткани и системы кроветворения составляет 4,7 %, но в тоже время занимает одно из ведущих мест по смертности. Это можно объяснить тем, что заболевания системы крови длительно протекают бессимптомно и жалобы появляются при далеко зашедших стадиях патологического процесса. Одним из таких заболеваний является множественная миелома – это злокачественная опухоль, морфологическим субстратом которой являются плазматические клетки, продуцирующие моноклональный иммуноглобулин. Данная патология относится к достаточно частым заболеваниям системы крови, которой болеют преимущественно лица в возрасте 50-85 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 65 лет. Мужчины болеют несколько чаще (60 %), чем женщины.

Анализируя данные за последние три года распределение больных по нозологиям в гематологическом отделении БУЗ Орловской области «Орловской областной клинической больницы», сохраняются высокие цифры по основным онкогематологическим нозологиям, в том числе и множественной миеломой (табл. 1), увеличилось число повторных госпитализаций (табл. 2).

Таблица 1

Распределение больных по нозологиям (2013-2015 гг.)

Нозологические формы	2015 г. % /кол-во пациентов	2014 г. % /кол-во пациентов	2013 г. % /кол-во пациентов
Острый лейкоз	7,6 % (61)	12,64 (93)	11,6 (77)
Хр. Лимфолейкоз	23,9 % (191)	19,04 (140)	22,6 (150)
Хр. Миелолейкоз	0,05 % (4)	0,95 (7)	2,1 (14)
Лимфосаркома	1,5 (12)	3,9 (29)	3,3 (22)
Множественная миелома	13 (104)	10,5 (77)	13,4 (89)
Fe-дефицитная анемия	5,2 (43)	5,7 (42)	6,9 (46)
Гемофилия	0,05 (4)	0,54 (4)	0,3 (2)
Миелофиброз	6,6 (53)	7,75 (57)	5,9 (39)
Гемолитическая анемия	1,1 (9)	0,81 (6)	0,75 (5)
B12-дефицитная анемия	4,4 (35)	2,44 (18)	2,3 (15)
Тромбоцитопеническая пурпура	2,6 (21)	2,85 (21)	2,7 (18)
Эритремия	7,6 (61)	9,4 (69)	7,2 (48)
Миелодиспластический с-м	19,7 (157)	18,77 (138)	13,8 (92)
Апластическая анемия	2,6 (21)	2,44 (18)	3,2 (21)
Болезнь Рандю-Ослера	0,01 (1)	0,13 (1)	0,3 (2)
Болезнь Виллебранда	0	0,14 (1)	0,1 (1)
Прочие	2,7 (22)	1,6 (12)	1,4 (9)
ИТОГО:	100 % (798)	100 % (733)	100 % (701)

Таблица 2

Кол-во первичных и повторных госпитализаций за 2015 год

Нозологические формы	Первичные госпитализации/ кол-во пациентов	Повторные Госпитализации/ кол-во пациентов	2015 г. кол-во пациентов
Острый лейкоз	30	31	61
Хр. Лимфолейкоз	52	122	174
Хр. Миелолейкоз	1	3	4
Лимфосаркома	10	16	26
Множественная миелома	40	67	107

Fe-дефицитная анемия	38	5	43
Гемофилия	3	11	4
Миелофиброз	29	24	53
Гемолитическая анемия	4	14	28
B12-дефицитная анемия	33	2	35
Тромбоцитопеническая пурпура	27	3	30
Эритремия	49	16	65
Миелодиспластический с-м	50	119	169
Апластическая анемия	6	15	21
Б-нь Рандю-Ослера	1	-	1
Прочие	3	2	5
ИТОГО:	367(45,9 %)	431(54 %)	798

Современные подходы к лечению больных множественной миеломой определяются возрастными границами и наличием сопутствующей патологии (коморбидностью). В своей практике врачи гематологи руководствуются алгоритмами диагностики и протоколами лечения заболеваний системы крови и безусловно основным методом лечения множественной миеломы остается все же химиотерапия и симптоматическая терапия. В последнее время большое внимание приобретает проблема психических расстройств, появляющейся вследствие возникновения и течения онкогематологической патологии. Эпидемиологические данные показывают, что онкобольные очень часто страдают коморбидными (сопутствующими основному заболеванию) психическими расстройствами. Так, большой депрессией страдают 10-25 % из них проявления «депрессивных симптомов», определяемых методом скрининга, встречаются по разным оценкам с частотой от 7-21 до 58 %.

О наличии выраженных изменений в психике онкологических больных свидетельствует множество фактов: 1) отказы от операций и лечения, 2) реактивные состояния в виде тревоги, депрессии, негативных и агрессивных реакций, 3) суициды, расстройство взаимоотношений в семье и на работе, 4) наличие скрытой, а порой и явной канцерофобии среди значительной части населения и в первую очередь среди родственников и знакомых пациентов, 5) расстройства на фоне органических, метастатических, интоксикационных изменений в головном мозге и другие.

Депрессии у онкогематологических пациентов пожилого и старческого возраста встречается в 2 раза чаще, чем у здоровых людей того же возраста. На первый план в картине депрессии в этих случаях доминирует тревога, сопровождающаяся предчувствием приближающейся смерти, также характерны астенодепрессивные и депрессивно-ипохондрические состояния. Именно у этой категории больных отмечают большее число нераспознанных депрессий, это связано не только с недостаточной информированностью врачей и пациентов, но и с атипичными проявлениями депрессии. Очевидно, что актуальность проблемы депрессий, наблюдающихся в общей медицинской практике, определяется не только их распространенностью, но и дезадаптирующим влиянием. Обнаружить депрессивное расстройство помогают различные психометрические шкалы оценки депрессии. Для выявления депрессивной симптоматики наиболее широко применяются: шкала Бека для оценки депрессии (Beck A.T., 1961), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983), шкала Цунга для самооценки депрессии (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965), но эти шкалы заполняются самими пациентами и поэтому полученные результаты являются субъективными. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) (Hamilton M., 1967) и шкала Маннгомери-Асберг для оценки депрессии (MADRS) (Montgomery S.A., Asberg M., 1979) чаще используются для оценки тяжести и динамики депрессивного расстройства, но должны заполняться врачами специалистами и поэтому полученные результаты можно назвать объективными. Но, несмотря на огромное кол-во шкал в выявлении и оценке депрессии, своевременная диагностика этих расстройств во многих случаях становится решающим условием успешной медицинской помощи, привлечение врача-психиатра в гематологическую практику остается крайне редким явлением. Это связано в первую очередь с лимитом времени, отводимого врачу гематологу на обследование пациента, а также с категорическим отказом пациента от консультации врача-психиатра, и не желание осознавать им наличие психического расстройства.

Однако очевидно, что своевременная и правильно подобранная терапия антидепрессантами с учетом тяжести депрессивного расстройства достаточно эффективна у больных пожилого и старческого возраста, так как это способствует повышению качества жизни, улучшению прогноза основного заболевания и психического состояния пациента в каждом конкретном случае

Выводы.

1. Необходимо для повышения качества помощи больным, страдающим множественной миеломой, привлекать к их лечению психиатров, психотерапевтов и включать в программы подготовки врачей, участвующих в проведении специального и паллиативного лечения, современные психофармакологические и психотерапевтические подходы.

2. Разработка и внедрение комплексных лечебно-реабилитационных программ, включающих психофармакотерапию и психотерапию, применяемых у больных множественной миеломой на различных этапах лечения, уменьшают или купируют депрессивные расстройства и тем самым способствуя улучшению прогноза основного заболевания.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Рожкова Ю.В., Берегулина Л.Н., Исавнина Е.В., Комарова Ю.М.,
Махнева А.В., Щурова И.А., Попова С.Л., Берегулина А.Е.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, медико-реабилитационное отделение,
Санкт-Петербург*

Аннотация. В данной работе изложен практический опыт психосоциальной реабилитации с пациентами медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца. Приводится краткое описание программ, форм и видов психосоциальных, психокоррекционных и психотерапевтических воздействий используемых в работе с различными группами пациентов психиатрической больницы и их окружением.

Предложенные принципы работы отделения позволяют повысить эффективность лечебно-реабилитационной работы в учреждении в целом для каждого пациента в отдельности, а так же осуществляют выполнение стандартов оказания помощи при психических расстройствах.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров, врачей психотерапевтов, клинических (медицинских) психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании лечебно-реабилитационной помощи больным в учреждениях психиатрического профиля.

Введение. В последние годы психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, становятся важной составляющей оказания психиатрической помощи все в большем числе психиатрических учреждений. Под психосоциальной реабилитацией понимается восстановление и формирование (в случае изначальной недостаточности) нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности (включая навыки, знания, умения взаимодействовать, решать проблемы и пр.) у психически больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество (И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, 2001).

При психических заболеваниях реабилитация имеет свои особенности, связанные в первую очередь с тем, что при них, как ни при каких других болезнях, происходят серьезные нарушения личности, социальных связей и социального функционирования, происходит отрыв от семьи, общества, искажаются привычные формы деятельности, общения. Больные имеют серьезные проблемы с трудоустройством, самообслуживанием, теряют социальные связи, их уровень и качество жизни не высоки по сравнению с другими категориями населения. Пациенты с психическими заболеваниями имеют одни их наиболее высоких показателей инвалидизации. Большинство больных находятся в социально-активном возрасте, в связи, с чем возникает особая социальная значимость их реабилитации.

Реабилитационную работу с пациентами психиатрической больницы необходимо начинать на наиболее ранних этапах лечения, так как это способствует сокращению сроков госпитализации, и является профилактикой хронизации, депривации и формирования госпитализма.

В психиатрическом стационаре психосоциальная реабилитационная работа неотделима от медикаментозной терапии и терапии средой и проводится в тесной взаимосвязи с лечащими врачами отделений больницы.

Терапия средой представляет собой использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Под средой имеют в виду все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и является неотъемлемым фактором больничного содержания, лечения и реабилитации.

Общая цель терапии средой – максимизация адаптивных возможностей психически больного – подчинена общей реабилитации – восстановлению личного и социального статуса пациента (Кабанов). В рамках медико-реабилитационного отделения речь идет о создании скорее лечебно-реабилитационной среды, как комплекса психосоциальных, психотерапевтических, творческих и трудовых мероприятий, направленных на коррекцию нарушенного у пациента отношения к болезни, к себе, к ближайшему социальному окружению и действительности.

Основными принципами реабилитации психически больных являются:

1. По возможности, наиболее раннее начало проведения реабилитационных мероприятий
2. Комплексность и системность в проведении
3. Непрерывность
4. Индивидуальный подход к пациенту
5. Этапность

Для адекватной реализации принципов психиатрической реабилитации отечественные авторы считали необходимым выделение этапов при проведении психосоциальных мероприятий:

1. Этап восстановительной терапии – осуществляется в стационарах и полустационарах.

Задача – устранение или смягчение проявлений болезни, предотвращение психического дефекта, явлений госпитализма и инвалидизации.

На этом этапе происходит сочетание медикаментозной терапии с различными несложными психосоциальными воздействиями, направленными на восстановление нарушенных или недостаточных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов с учетом обусловленных ими особенностей социальной дезадаптации.

2. Этап реадaptации – этот этап так же возможен в стационарах и полустационарах.

Задача – активация компенсаторных механизмов, приспособление больного к условиям внешней среды, мотивация к активному образу жизни, межличностным отношениям, труду. Психосоциальные воздействия оказываются в соответствии с теми или иными нарушенными функциями, в сочетании с подобранной биологической терапией.

Психотерапевтически ориентированная работа проводится не только с пациентом, но и с ближайшим социальным окружением.

3. Реабилитация в собственном смысле слова. Включает рациональное трудоустройство и бытоустройство, восстановление и поддержка социальных связей, вовлечение в активную социальную жизнь (квоты рабочих мест на предприятиях, лечебно-трудовые мастерские, обучение инвалидов, жилье с поддержкой, социальное сопровождение и пр.).

В задачи медико-реабилитационного отделения психиатрического стационара входит осуществление первых двух этапов – восстановительной терапии и реадaptации, а так же формирование стойкой мотивации к продолжению пациентом реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях после выписки из больницы.

В настоящее время для осуществления задач психосоциальной реабилитации существуют многочисленные, включающие также ближайшее социальное окружение, чаще групповые, а так же индивидуальные формы работы с пациентами, основанные на различных программах. К ним относятся: тренинги социальных навыков и социальной адаптации, общения, уверенного поведения, независимого проживания, тренинги когнитивных навыков. Так же актуальны различные

методы арт-терапии, психообразовательные программы для пациентов, групповая психотерапия и психокоррекция, обучение стратегии совладения с остаточными психотическими симптомами, семейная терапия, использующая проблемно-решающую, поведенческую, психообразовательную техники для родственников, и пр.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

С 1 января 2013 года Приказом МЗСР РФ № 566н от 17.05.12 был определен «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Данным документом рекомендовалось предусматривать организацию медико-реабилитационного отделения как структурного подразделения психиатрической больницы для проведения психосоциальной терапии и медико-психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами.

В 2015 году, в соответствии с вышестоящим приказом, в нашей больнице, ранее существовавшее «Отделение трудовой реабилитации» было реорганизовано в «Медико-реабилитационное отделение». Введение стандартов оказания помощи при психических расстройствах, во исполнение ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также Приказов Минздрава России, определило набор реабилитационных воздействий, объем и срочность их проведения в зависимости от особенностей контингента пациентов страдающих психическими расстройствами.

Деятельность отделения организуется на принципах биопсихосоциального подхода и бригадного полипрофессионального ведения пациентов. Медицинская помощь оказывается в условиях дневного стационара, в тесной взаимосвязи со всеми лечебными подразделениями больницы.

Медико-реабилитационное отделение решает задачи собственно проведения медико-психосоциальной реабилитации посредством различных форм и методов групповой, индивидуальной и семейной психотерапии и психокоррекции, как во время пребывания пациентов в психиатрическом стационаре, так и ставит задачу формирования адекватной мотивации и вовлечения, больных в психосоциальную работу в дальнейшем, после выписки из больницы. Так же, в условиях оптимизации психиатрической службы, в задачи отделения входит работа по улучшению социальной адаптации, повышения мотивации для дальнейшего обучения и в трудоустройства. Работа по формированию критики к имеющемуся психическому расстройству, приверженности к психофармакотерапии и улучшению комплаентности пациентов для предупреждения повторных госпитализаций, профилактики формирования госпитализма и сокращения сроков пребывания в стационаре, что в настоящее время является экономически выгодным.

В психосоциальной работе с пациентами отделения используются четыре реабилитационные программы (Приложение № 5), учитывающие особенности течения заболевания, степень выраженности эмоционально волевых нарушений, когнитивных функций и социальной дезадаптации:

Программа № 1 рассчитана на пациентов, с острым психическим заболеванием или хроническим заболеванием с периодическим течением и временной утратой трудоспособности, сохранные в социальном функционировании, имеющих достаточные ресурсы для восстановления.

Программа №2 рассчитана на пациентов, имеющих хронические психические заболевания, без выраженного дефекта с умеренным нарушением социальных связей и социального функционирования и имеющих ресурсы для восстановления.

Программа №3 рассчитана на пациентов, имеющие хронические психические заболевания с выраженным дефектом, нарушениями в когнитивной сфере со значительным нарушением социального функционирования.

Программа № 4 рассчитана на пациентов, имеющих хронические психические заболевания, с разной степенью дефекта и нарушениями когнитивных функций, обладающие ресурсом для повышения уровня социального функционирования, но утратившие социальные связи.

Психосоциальная работа медико-реабилитационного отделения осуществляется в следующих направлениях:

1. Формирование и тренировка навыков общения, адекватного восприятия болезни, стимуляция волевых побуждений, мотивации, помощь в построении и коррекции отношений с родными, друзьями, коллегами, врачами. Используются различные методы лечения общением, тренинговые, психотерапевтические и психокоррекционные группы, индивидуальная работа с психологами, психотерапевтами, группа психообразования для пациентов.

2. Работа по восстановлению и поддержанию познавательных процессов (памяти, внимания, мышления) у различных категорий пациентов.

3. Стимуляция эмоций. Используются различные виды и способы арт-терапии: танцевально-двигательная, музыкальная терапия, драма и сказкотерапия, изотерапия, библиотерапия.

4. Работа с семьей (семейное консультирование, психообразовательные группы для родственников пациентов).

5. Развитие и поддержка самостоятельного социального функционирования в повседневной активности. Трудовая и творческая занятость.

6. Организация досуга и творчества пациентов (ИЗО – занятость, караоке, библиотека классической литературы в отделении, настольные игры, стенгазеты, концерты, прогулки, посещение музеев).

Основными критериями эффективности работы медико-реабилитационного отделения являются:

1. Улучшение и восстановление способности пациентов сохранять достаточный уровень социальной и психологической адаптации в повседневной жизни, и как следствие- улучшение качества жизни как во время пребывания в больнице, так и после выписки.

2. Создание мотивации для дальнейшего поддерживающего лечения в ПНД, улучшение комплаентности, дестигматизация психиатрических учреждений для пациентов и родственников.

3. Снижение количества пациентов с частыми повторными и длительными госпитализациями в стационар, пациентов с синдромом госпитализма.

4. Повышение уровня стрессоустойчивости у пациентов, улучшение коммуникативных функций, снижение тенденции к изоляции от общества и снижение нагрузки на семью пациента.

5. Формирование мотивации к трудоустройству, поступлению в реабилитационные обучающие учреждения и пр.

Посещение МРО поддерживает и стимулирует дневную активность пациентов, не дает залеживаться в постели, вынуждает иметь опрятный внешний вид, дает возможность общаться, осуществлять совместную деятельность в рамках отделения.

Для оценки удовлетворенности пациентов работой медико-реабилитационного отделения перед выпиской проводится анкетирование (Приложение № 5).

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ФОРМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Формирование и тренировка навыков общения, адекватного восприятия болезни, стимуляция волевых побуждений, мотивации, помощь в построении и коррекции отношений с родными, друзьями, коллегами, врачами.

Тренинг коммуникативных навыков. Тренинг коммуникативных навыков рекомендован пациентам, начинающим реабилитационный процесс, в качестве мотивации и подготовки для перехода к следующим более сложным этапам реабилитации.

Цели и задачи ТКН: регуляция эмоционального состояния, мышления и поведения посредством развития способности к самонаблюдению и осознанию мотивов действий; отработка коммуникативных навыков; обучение более конструктивным способам межличностной коммуникации.

Направление на ТКН осуществляет лечащий врач отделения.

Противопоказаниями к участию в тренинге являются острые психотические состояния, грубые нарушения поведения, мышления, выраженная умственная отсталость.

Принцип групповой работы:- четкий, структурированный стиль ведения,

- поэтапное введение нового материала,
- обратная связь со стороны ведущего по каждому выполненному упражнению.

Цикл состоит из 10 занятий. Продолжительность занятия 1 час.

Пример занятия «Самопрезентация»:

Приветствие участников группы. В начале каждой встречи участники называют свои эмоции, с которыми они пришли на группу.

Ведущий озвучивает тему занятия. Далее предлагается вместе сформулировать определение понятия. Что такое самопрезентация? В каких областях жизни мы используем самопрезентацию? Для чего необходимо уметь презентовать себя? После обсуждения осуществляется переход к практической части.

Упражнение «Переформулирование недостатков»:

Участники пишут на листках бумаги качества, которые им не нравятся или мешают в общении. Листки сворачивают и перемешивают, не подписывая. Затем каждый участник берет любой листок. Задача участника сказать о недостатках, переформулировав их так, чтобы они стали достоинствами. После группа оценивает, насколько участник справился с задачей, и предлагает дополнительные варианты. Таким образом, в процессе занятия происходит положительная переоценка: участники определяют внутренний ресурс, позволяющий с помощью определенных преобразований получить новый желаемый результат.

Далее следует подведение итогов занятия: впечатления, эмоции, личные достижения участников на группе.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) групповая психотерапия. Это психотерапевтическое направление представляет собой дальнейшее развитие учения В.Н. Мясищева о неврозах и их психотерапии (Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Исурина Г.Л.). По основным своим теоретическим положениям личностно-ориентированная (реконструктивная) групповая психотерапия может быть отнесена к психодинамическому направлению в психотерапии.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, как самостоятельное направление в психотерапии включает в себя: 1) концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой; 2) биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках которой невроз понимается, прежде всего, как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений; 3) систему личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного состояния пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности.

Задачи ЛОРПТ:

1. Коррекция нарушенной системы отношений с учетом всех значимых отношений личности (актуальная проблематика);
2. Интеграция отдельных технических приемов в группе ЛОРПТ, усиливая по мере необходимости когнитивный, поведенческий или эмоциональный компоненты.
3. Сопоставление внутригрупповых отношений с плоскостью реальных отношений каждого участника.

Цели ЛОРПТ:

1. Положительное отношение в системе отношений, прежде всего в отношении к себе (повышение уровня самооценки).
2. Формирование более адаптивных механизмов совладания со стрессом.
3. Улучшение социального функционирования, формирование более адаптивных эмоциональных реакций.
4. Коррекция неконструктивных форм поведения.

Противопоказания и ограничения к участию в группе личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии: острые психотические состояния, грубые поведенческие нарушения, недоступность пациента контакту.

Индивидуальная психокоррекция. Индивидуальная психокоррекция проводится в соответствии с клиническими показаниями, которые для каждого больного устанавливаются коллегиально врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом и клиническим психологом по согласованию с другими участниками лечебно-реабилитационного процесса.

После направления лечащего врача и в согласовании с зав. реабилитационным отделением в период становления ремиссии мы намечаем мишени индивидуальной психокоррекции:

- Комплайенс
- Приверженность терапии
- Социальное окружение
- Отношения в семье
- Межличностные конфликты
- Изменения личности в связи с заболеванием
- Внутриличностный конфликт и вторичная выгода от заболевания
- Самооценка, эмоциональная поддержка пациента
- Самостигматизация
- Социальные роли, трудоустройство

Определяется частота сессий с пациентом и их кол-во (в среднем 1-2 раза в неделю, продолжительность 30-60 минут).

Психообразование пациентов. Психообразование способствует стимуляции активной позиции пациента в преодолении психического заболевания и его последствий, формированию ответственности за свое социальное поведение и выработке адекватной стратегии совладания с болезнью, восстановлению нарушенных из-за психического заболевания социальных контактов и повышению социальной компетентности.

Психообразовательные программы ставят перед собой две основные задачи, которые у психически больных особенно тесно связаны между собой. Это собственно «образование», когда пациент получает информацию о психическом заболевании, чтобы правильное понимание своего состояния вело не к управлению своим заболеванием, его ходом и течением, то хотя бы к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов.

Вторая задача, которая по значимости не уступает первой – обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа для больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в защищенных, эмоционально безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями. Кроме того, посредством участия в группе удовлетворяются потребности в общении.

Показания и противопоказания

Показания:

- включается в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий для больных шизофренией и другими психическими расстройствами на различных этапах заболевания;
- сохранение правильного, упорядоченного, социально приемлемого поведения даже при наличии бредовых построений и галлюцинаций.

Противопоказания.

А. Психиатрические.

Не рекомендуется включать в группу больных:

- на высоте острых психотических расстройств;
- с грубым интеллектуальным снижением;
- выраженной тревожностью;
- расторможенностью;

- неспособностью контролировать поведение.

Б. Психологические:

- недоброжелательное отношение к другим участникам группы;

- категорический отказ от подобного вида лечения.

Существует даже мнение, что психологические критерии являются решающими, а диагноз или симптомы/клинические проявления не имеют принципиального значения при отборе пациентов в группу.

Психообразовательный подход, являясь одним из видов групповых методов работы, относится к так называемому обучающему типу, при котором занятия строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Занятия в группе позволяют поддержать пациента на стабильном уровне функционирования; помогают пациенту, и его «значимым другим» лучше понимать характер и особенности психического заболевания и то, как оно влияет на больного и членов его семьи; способствуют распознаванию жизненных стрессоров, которые могут запустить обострение; помогают надлежащим образом изменить семейное функционирование в период ухудшения состояния пациента.

Психообразовательную программу целесообразно проводить в закрытых группах, т. е. после начала цикла не принимают новых участников (хотя в отдельных случаях возможно включение на первых двух занятиях), с фиксированной датой начала и окончания обучающего курса и ограниченным числом участников от 6 до 10-15 человек. Каждый цикл психообразования состоит из 10-12 занятий продолжительностью 45 минут каждое. Ежедневные встречи не рекомендуются. Частота занятий – 1-2 в неделю (при ограниченной длительности пребывания больного в условиях стационара возможно увеличение до 3 раз в неделю). Каждая последующая встреча является продолжением предыдущей, так что участники группы должны посетить весь цикл.

Содержательную часть обучающей программы, которая является основным компонентом цикла, берет на себя врач-психиатр. Она включает в себя информацию о болезни, ее причинах, течении, прогнозе, индивидуальных особенностях, роли и характере медикаментозной терапии и побочных действиях препаратов. Ведущий врач-психиатр не только предоставляет информацию, но и направляет дискуссию, активизирует больных. Образование – это только отчасти передача информации из одних рук в другие. В большей мере обучение представляет стимулирование к получению информации.

РАБОТА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ И ПОДДЕРЖАНИЮ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ (ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, МЫШЛЕНИЯ) У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ.

Тренинг когнитивных функций с пожилыми пациентами. Снижение памяти и внимания являются самым распространенным спутником старения. До 70 % пожилых людей отмечают у себя снижение памяти по сравнению с молодым или средним возрастом.

Тренинг когнитивных функций направлен на улучшение и поддержание когнитивных возможностей пожилых пациентов, и сохранение уровня их повседневного функционирования, на улучшение речи, памяти, моторики, восприятия и внимания.

Группа участников тренинга формируется с учетом когнитивного дефицита – однородная. Оптимальная частота проведения тренинга – 2-3 раза в неделю. Кол-во участников 8-10 человек. Время проведения тренинга 40-45 минут. Цикл состоит из 15 занятий.

Важным моментом является то, что каждое занятие начинается с ориентировки во времени, упражнений на мелкую моторику; в завершении занятия пациенты обобщают выполненные в течение всего занятия упражнения.

Пример занятия:

- Приветствие участников группы. Ориентировка во времени: «Какое сегодня число, месяц, год, день недели, время года?». Участники озвучивают свое настроение.

- Упражнения на мелкую моторику.

- Упражнение «Один – много» (Развивает внимание и быстроту мышления. Ведущий называет слово в единственном числе, а участники группы – во множественном)

- Упражнение «Рассказ по картинке» (Упражнение направлено на развитие мышления, а также на групповое взаимодействие. Участникам раздается стимульный материал – комиксы Херлуфа Бидструпа, далее пациенты сочиняют рассказ по картинке. Каждый участник добавляет предложение, продолжая историю).

- Упражнение «Назови слова на букву...» (Ведущий выбирает любую букву алфавита, а участники группы называют слова, начинающиеся на нее. Упражнение направлено на развитие памяти и внимания).

- «Что мы делали сегодня на занятии?». Рефлексия занятия.

- Прощание с участниками.

Нейрокогнитивный тренинг (для пациентов, страдающих шизофренией). Когнитивные нарушения являются неотъемлемой характеристикой шизофрении. До 94 % больных обнаруживают нейрокогнитивный дефицит, который нередко служит причиной социальной дезадаптации.

Целью нейрокогнитивного тренинга является коррекция и развитие познавательных процессов, предотвращение нарастания когнитивного дефицита. Это, в свою очередь, позволит пациенту лучше выполнять свои повседневные задачи, стать более продуктивным.

К основным задачам нейрокогнитивного тренинга относятся:

- тренировка объема, концентрации, интенсивности, переключения и избирательности внимания;

- тренировка оперативной, ассоциативной, зрительной и слуховой памяти;

- тренировка целенаправленности, последовательности мышления, логичности в суждениях.

Цикл нейрокогнитивного тренинга включает 15 сессий по 60 минут. Оптимальная частота проведения тренинга – два раза в неделю. Каждое занятие состоит из трех блоков (блок «Внимание», блок «Память», блок «Мышление»).

Направление на нейрокогнитивный тренинг осуществляется по назначению лечащего врача пациента.

Значимые характеристики группы:

- кол-во участников: до 12 человек;

- пациенты, вышедшие из острого психотического состояния;

- пациенты без грубых нарушений поведения.

Пример занятия:

- приветствие участников (Группа рассаживается по кругу и каждому предлагается выбрать цветную карточку. Далее участники по очереди называют свое имя и цвет. Каждый выступающий сначала повторяет имя и цвет предыдущих участников, а затем добавляет собственную комбинацию.)

- упражнение «Собака-собака» (Каждый член группы называет какое-то животное. Первый участник одновременно дважды хлопает в ладоши и дважды называет «свое» животное, затем дважды хлопает себя по коленкам и дважды называет «чье-то» животное. Тот, чье животное назвали, проделывает ту же процедуру, называя животное другого члена группы.)

- упражнение «Описание картинке» (Ведущий показывает участникам репродукцию с достаточным кол-вом разнообразных объектов на ней в течение недолгого времени, потом картинка убирается, а каждый участник должен написать список всех изображенных на картинке объектов.)

- упражнение «Исключение лишнего слова» (Берутся любые три слова. Надо оставить только те слова, которые обозначают в чем-то сходные предметы, а одно слово «лишнее», не обладающее этим признаком, исключить. Следует найти как можно больше вариантов исключения лишнего слова, а главное – больше признаков, объединяющих каждую оставшуюся пару слов.)

- упражнение «Логические цепочки» (Каждый участник должен назвать слово, относящееся к заданной теме, так чтобы каждое следующее слово было логически связано с предыдущим.)

- упражнение «Выражение мысли другими словами» (Берется несложная фраза. Надо предложить несколько вариантов передачи этой же мысли другими словами. При этом ни одно из слов данного предложения не должно употребляться в других предложениях. Важно следить, чтобы не искажался смысл высказывания.)

- подведение итогов занятия и обратная связь.

СТИМУЛЯЦИЯ ЭМОЦИЙ

Арт-терапия. Арт-терапия является одним из направлений современной психотерапии, широко применяемой в лечебно-реабилитационной практике. Посредством изобразительного творчества пациентам удается распознавать и выражать свои чувства, передавая в рисунке то, что зачастую невозможно выразить словами. Этот метод художественной терапии способствует осознанию собственных актуальных переживаний, раскрытию личностного потенциала.

На сегодняшний день арт-терапия нашла широкое применение в психиатрической среде. Однако такая популярность метода не дает оснований говорить о каком-либо целенаправленном влиянии на конкретную сферу личности пациента.

Данные обстоятельства определили необходимость разработки и внедрения в психиатрической больнице Святого Николая Чудотворца психокоррекционных арт-терапевтических программ, направленных на:

- регуляцию эмоциональной сферы;
- развитие коммуникативных навыков.

Направление на арт-терапию осуществляется по назначению лечащего врача пациента.

Значимые характеристики группы:

- кол-во участников: до 12 человек;
- пациенты, вышедшие из острого психотического состояния;
- пациенты без выраженной умственной отсталости.

Психокоррекционная арт-терапевтическая программа «Регуляция эмоциональной сферы»

Цель программы: коррекция эмоциональной сферы пациентов.

Задачи программы:

- развитие способности понимать и воспринимать собственные эмоции;
- развитие способности управлять своими эмоциями;
- развитие способности понимать эмоциональное состояние другого человека;
- обучение приемам саморегуляции;

Каждое арт-терапевтическое занятие имеет определенную цель и структуру и состоит из нескольких модулей:

- 1) разминочная часть, направленная на подготовку группы к работе;
- 2) основное арт-терапевтическое упражнение (с обсуждением);
- 3) дыхательная гимнастика и мышечная релаксация или визуализация/цветомедитация;
- 4) подведение итогов и обратная связь.

Также на каждом занятии для пациентов проводятся мини-лекции, где в доступной форме рассказывается о природе и последствиях стресса и методах его нейтрализации.

Психокоррекционная арт-терапевтическая программа «Искусство общения»

Совместное занятие творчеством предоставляет пациентам более свободное общение, что позволяет им развивать коммуникативные навыки, корректировать привычные формы поведения.

Цель программы: улучшение социального функционирования пациентов.

Задачи программы:

- улучшение качества общения с другими людьми;
- развитие межличностной компетентности;
- преодоление коммуникативных стереотипов;
- развитие самостоятельности и ответственности за свои действия;
- осознание и коррекция дисфункциональных форм поведения;

Каждое арт-терапевтическое занятие предполагает совместную работу в парах и группах. Помимо методов арт-терапии в работе с пациентами используются техники и упражнения коммуникативного тренинга. Основным результатом программы является то, что пациенты овладевают новыми для себя формами поведения, происходит их личностный рост, проявляются и активизируются скрытые ресурсы.

Музыкальная терапия. Направления лечебного воздействия:

- Развитие навыков межличностного общения (коммуникативных функций и способностей).
- Преодоление страха, связанного с тесным взаимодействием в группе.
- Повышение эстетических потребностей.
- Совершенствование навыков выражения чувств, расширение репертуара эмоциональной экспрессии.
- Стимуляция активного проигрывания в действии собственных чувств, посредством игры на музыкальных инструментах и занятиях вокалом, в ролевых играх.
- Регулирование эмоционального состояния.
- Облегчение осознания собственных переживаний.

Формы МТ:

- Активная
- Рецептивная

Активная МТ подразумевает:

- игру на музыкальных инструментах, вне зависимости от музыкального образования и опыта музицирования пациента.

Перед началом занятия обсуждаются эмоциональные состояния пришедших на группу участников. Затем предлагается выбрать какую-либо из эмоций или образ и попробовать всем вместе поимпровизировать на эту тему. Участники выбирают понравившиеся инструменты и затем начинается спонтанная импровизация.

- совместное пение, в т.ч. в ролевых играх.

Ведущий предлагает всем вместе вспомнить или разучить песню или игру, включающую пение. В этом случае используются традиционные народные игры.

- Обязательное обсуждение впечатлений каждого из участников по окончании музицирования (шеринг).

Рецептивная МТ заключается в прослушивании музыкальных произведений с последующим групповым обсуждением полученных впечатлений.

В условиях психиатрического стационара с учетом нозологий пациентов наиболее предпочтительны тематические группы, основанные на так называемой «программной» музыке. Программная музыка – это род инструментальной музыки; музыкальные произведения, имеющие словесное пояснение, раскрывающее запечатленное в ней содержание. Чаще всего этой программой служит название произведения.

Программность музыки и ограничение темы занятия (допустим, «Музыка и животные») повышает доступность материала и способствует заинтересованности большего числа пациентов, дает возможность проводить занятие в полу-игровой форме.

В начале занятия тема объявляется участникам. После чего предлагается прослушать 2-4 небольших музыкальных произведения по данной теме. Ведущий просит соблюдать тишину при прослушивании, предупреждает о том, что название произведения будет сообщено участникам после обсуждения, чтобы оно не мешало строить собственные умозаключения, предположения, ассоциации.

После прослушивания участникам предлагается активное обсуждение впечатлений. Форма обсуждения может вестись в формате классической психокоррекционной группы. Объявляется, что впечатления, эмоции, воображаемые образы разных участников не обязательно должны совпадать, т.к. все люди разные, и реакция на музыку также может быть различной.

Группы МТ в первую очередь предназначены для пациентов с нарушениями в эмоциональной сфере. В этом случае хорошим результатом работы пациента на группе можно считать любую попытку высказаться по существу занятия. Музыкальные произведения могут вызывать фантазии, воспоминания. Адекватность этих образов по отношению к произведению обсуждается группой, и пациент получает обратную связь.

Направление на МТ осуществляет лечащий врач отделения.

Противопоказаниями к участию в группе МТ являются острые психотические состояния, грубые нарушения поведения, мышления, выраженная умственная отсталость.

Пример занятия по музыкальной терапии.

Тема: «Музыка и животные»

Ведущий предлагает участникам поделиться своими эмоциями и ожиданиями, с которыми они пришли на группу. Объявляется тема. Предлагается обсудить тему отношения к животным, как они отличаются по своим признакам (дикие, домашние, хищные, безобидные, большие, маленькие, ловкие, неуклюжие и т.д.) Какие из этих свойств могут передать композиторы в своих произведениях? После 5-7 минутного обсуждения переход к практической части.

По желанию пациентов можно предложить при помощи муз. инструментов сыграть импровизацию на тему образа какого-либо животного. Затем обсудить с группой, какие признаки заданного животного были отражены в импровизации.

Прослушивание композиций с последующим обсуждением:

1. Ш.-К. Сен-Санс «Королевский марш льва». Вопросы к участникам:
 - a. Это животное большое или маленькое?
 - b. Это животное опасное или безобидное?
 - c. Ловкое или неуклюжее?
2. Ш.-К. Сен-Санс «Кенгуру». Вопросы к участникам:
 - a. Опасное или безобидное это животное?
 - b. Что оно делает? (двигается)
 - c. Как оно двигается? (прыгает)
3. Ш.-К. Сен-Санс «Слоны» Вопросы к участникам:
 - a. Какого размера это животное?
 - b. Как оно двигается? (неуклюже)
 - c. Опасное оно или безобидное?
 - d. Какими музыкальными средствами композитор создает образ этого животного (мелодия в низком регистре, замедленный темп, простой ритм)
4. М.П. Мусоргский «Балет невылупившихся птенцов»
 - a. Это одно животное или их больше одного?(много)
 - b. Какого размера эти животные?
 - c. Что они делают (суетятся)
 - d. Опасные они или безобидные?
 - e. Какие чувства они вызывают?

Подведение итогов занятия, впечатления, эмоции, личные достижения участников на группе.

Танцевально-двигательная терапия (ТДТ). Танцевально-двигательная терапия как метод реабилитации активно используется во многих психиатрических стационарах г. Санкт-Петербурга. В ТДТ основной целью является психотерапия как сознательный и целенаправленный процесс, организованный посредством потенциальных возможностей отдельных танцевальных технологий или танца в целом.

Основные мишени воздействия ТДТ:

- Коррекция моторики и координаций движений, разблокирование мышечных зажимов.
- Расширение и улучшение коммуникативных навыков.

- Развитие умения вести невербальный диалог. Понимание другого человека через движение, считывание движений.
- Совершенствование навыков активного выражения чувств, в том числе негативных.
- Стимуляция активного проигрывания в действии своих чувств, расширение репертуара двигательной экспрессии.
- Преодоление страха, связанного с тесным взаимодействием в группе.
- Повышение самооценки.
- Осознание себя как личности.
- Развитие воображения.

Курс ТДТ рекомендован пациентам, имеющим недостаточный опыт выражения себя через тело, сниженный эмоциональный фон и потенциал социального взаимодействия, пациентам с нарушениями моторных функций.

Противопоказаниями к участию в ТДТ являются острые психотические состояния.

Применяется групповая и индивидуальная танцевально-двигательная терапия.

Групповая форма работы рассчитана в среднем на 10 занятий. Групповые занятия (10-12 человек) проводятся с пациентами, имеющими разные клинические диагнозы после выхода из острого состояния.

Групповое занятие включает в себя 3 части: разогрев, основную часть и завершение. Разогрев помогает включиться в группу, лучше почувствовать свое состояние, также большое внимание в разогреве уделяется упражнениям на моторику и координацию. В основной части раскрывается тема занятия – работа с ритмом, коммуникация, эмоции, танец с предметом, мечта и т.д. Также тема занятия может исходить из запроса участников группы. Завершающая часть занятия включает рефлексию и релаксацию.

В индивидуальной ТДТ происходит исследование пациентом с помощью танцетерапевта спектра своих движений, благодаря чему открываются невыраженные эмоции, которые были заблокированы в теле, происходит укрепление границ личности, интеграция представлений и о себе и мире.

В процессе ТДТ расширяется двигательное поведение, которое, помогая осознанию конфликтов, желаний, способствует проигрыванию негативных чувств и освобождению от них, появляется возможность найти и освоить новые способы невербального взаимодействия.

Танец позволяет человеку безопасно отреагировать и высказать все, что может и не может быть выражено словами.

Драматерапия. Драматерапия в системе реабилитации пациентов в нашей больнице проводится с 2013 года. Применяется, главным образом, групповая драматерапия открытой группы, но с индивидуальным подходом.

Групповая драматерапия построена на поведенческой психотерапии и является лечебно – воспитательной дисциплиной, в которой преобладают групповые мероприятия, использующие театральные и драматические средства в групповой динамике для ослабления симптоматических проявлений, смягчения последствий психических расстройств и социальных проблем, а также повышения уровня социального развития и интеграции личности.

Мы используем различные актерские тренинги и приемы, охватывающие вербальные и невербальные компоненты коммуникации, используем инструменты упрощенного символического самовыражения. Широко используются игровые и импровизационные элементы. В результате этих занятий пациенты познают себя по средствам творчества, находят ресурсы, личностно-развивающие и коррекционно – оздоравливающие средства. У них отмечается повышение самооценки, улучшение контакта внутри группы и со своими близкими.

Для поиска ресурсов часто используем игровой тренинг: «Когда я был маленький, то я любил.....», или «Мой самый счастливый и радостный день.....».

Используем импровизации на тему трудоустройства, общения в семье, в магазине и т.д.

В своей работе используем литературу:

1. Гиппиус С.В. Актерский тренинг. Гимнастика чувств. М: Прайм – Еврознак, 2007.
2. Андерсен-Уоррен М., Грейнджер Р. Драматерапия практикум по психотерапии. СПб, Питер 2002.
3. Валента М., Полинек М. Драматерапия Когито-Центр, 2013.

Библиотерапия. сказкотерапия. В системе реабилитации пациентов нашей больницы сказкотерапия проводится с 2012 года, а с июля 2016 добавились занятия с другими литературными формами – рассказами, стихами.

Библиотерапия один из методов психотерапии, действующим фактором которой, является литературное произведение. Занятия построены на принципах когнитивно – поведенческой психотерапии.

Занятия носят, преимущественно, групповой характер, в виде открытой группы из 10-15 человек. Занятия проводятся два раза в неделю по 1,5 часа. В группе участвуют пациенты с разными клиническими диагнозами, с разной степенью образования и подготовки к литературному восприятию, поэтому необходимо подбирать доступный материал, затрагивающий общие интересы, направленные на поиск и разрешение трудных жизненных ситуаций, определение жизненных ценностей, оживление эмоций, повышение самооценки и жизнестойкости, стремление к выздоровлению, улучшению коммуникативных качеств, социализации и поиску ресурсов.

После прослушивания литературного произведения, происходит его обсуждение по следующим вопросам: какие эмоции вызвало произведение?

Кто из героев наиболее близок? Какие ассоциации вызывает тот или иной герой? Какие ситуации в произведении похожи на ваши жизненные ситуации? Чему учит (мораль) данное произведение?

Используются произведения следующих авторов: Лескова, Чехова, Куприна, Пришвина, Паустовского, Л. Андреева, М. Зощенко, В. Токаревой, Гнездилова, Зинкевич-Евстигнеевой, Семиной, Г.Х. Андерсена, М. Твена, О. Генри, Р. Брэдбери.

В индивидуальной работе пациенту рекомендуется список литературы для самостоятельного прочтения с учетом его клинических проявлений, личностных особенностей (направленностью на соответствующие мишени), с дальнейшим обсуждением, ведением читательского дневника.

Приветствуется иллюстрирование понравившихся произведений.

Примером групповой работы может служить сказка И.Семиной «Сказка о прощении», в которой говорится о тяжелой обиде на родителей, которая много лет сдавливала душу женщине и повлияла на утрату здоровья. Сказка вызвала горячее обсуждение проблемы обид, заставила разобраться в своих обидах, постараться найти выход из сложной жизненной ситуации.

На групповых занятиях библиотерапии используем метод сочинения сказок и историй пациентами на основе стимульного материала – ассоциативно – метафорических карт «Шкатулка доброй волшебницы», «Мастер сказок», цветовой набор «Сочини историю».

Проводится исследование динамики эмоционального интеллекта пациентов, участвующих в библиотерапии.

РАБОТА С СЕМЬЯМИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Семейное консультирование. Семейное консультирование ставит своей задачей совместное со специалистом изучение проблем членов семьи пациента для изменения ролевых взаимоотношений в ней, которые негативно влияют на течение болезни. Главным акцентом здесь является анализ ситуации и характеристика ролевого взаимодействия, значение «выгоды» болезни пациента для каждого из членов его семьи.

Цель – поиск личностного ресурса участников консультирования, способы разрешения проблемных ситуаций, для того чтобы каждый участник мог удовлетворять свои различные потребности в семье.

Этапы семейной работы:

- Обсуждение семейной ситуации и социального окружения пациента с лечащим врачом

- Беседа с пациентом, прояснение его семейной ситуации. Социальное окружение пациента. Уточнение, отношения с какими из родственников или друзей представляются пациенту поддерживающими, а какие – токсичными. Предложение пригласить на прием родственников (друзей). Обсуждение формы работы: пациент и близкие на совместной консультации или по отдельности.

- Индивидуальная беседа с близким пациенту человеком. Отношение к больному родственнику (другу). Вопросы, страхи, потери, неудовлетворенные собственные потребности в связи с заболеванием близкого человека.

- При возможности – одна или несколько совместных встреч с пациентом и его близкими для безопасного выражения своих просьб, желаний и накопленных эмоций, которые не выражались в семейной обстановке. Готовность (неготовность) каждого из участников встречи на те или иные изменения в поведении по отношению друг к другу.

- Однократная или эпизодическая обратная связь от пациента в отношении его самочувствия в процессе работы с близкими, отношения к своей семье, ожиданиях от родственников (друзей), планируемых действиях.

Принципиальное отличие семейного консультирования от психотерапии заключается в отказе от концепции болезни, в пользу обсуждения стратегий и способов разрешения какой либо ситуации.

Группа психообразования для родственников. Психообразовательная работа с родственниками, помимо облегчения бремени семьи и улучшения качества жизни ее членов при наличии в семье больного, страдающего психическим расстройством, в значительной степени направлена на предупреждение частых и повторных госпитализаций. Ответственность ухода за психически больными ложится в основном на семьи, которые часто оказываются не подготовленными к тому, чтобы в течение длительного времени нести бремя связанных с этим психосоциальных проблем. Изучение семей психически больных показывает, что здесь нередко ошибки родственников, связанные с недооценкой психических расстройств или непониманием того, что поведение члена семьи определяется болезнью. В связи с этим часто отмечается позднее обращение к врачу или отказы от лекарственной терапии. Родственники должны знать, как признаки психической болезни проявляются в поведении больного, его действиях и высказываниях. В результате непонимания того, что неправильное поведение больного зачастую обусловлено заболеванием, члены семьи занимают по отношению к нему негативную, иногда даже враждебную позицию или, по крайней мере, отгораживаются от ситуации. Больной либо остается предоставленным самому себе, либо взаимоотношения с родственниками становятся для него постоянным психотравмирующим фактором. Грамотный подход к организации межличностных отношений с больным в семье, установление благоприятного коммуникативного стиля и эмоционального климата в доме должны базироваться на информированности родственников о психических расстройствах, их проявлениях. Особенно важно, чтобы родственники были информированы о начальных признаках обострения и умели их распознавать.

Как и в группах для пациентов, информация в группах родственников предоставляется в стиле интерактивного обучения с использованием того преимущества, какое дает обмен опытом для преодоления заболевания в каждой отдельной семье. При схожести тематического расписания занятий, содержание преподносится с учетом того, что более важно знать именно родственникам. Допустимо менее щадящее обсуждение вопросов прогноза заболевания, долгосрочности поддерживающего лечения, возможности инвалидизации, проблемы стигмы.

Занятия проводились циклами, по 10 занятий в целом. Занятия проводятся раз в неделю, длительностью полтора часа.

Занятие 1. Знакомство.

Определение информационных запросов родственников больных. Определение базовых правил проведения занятий.

Занятие 2. Симптомы и синдромы психических заболеваний. Краткое описание основных психических расстройств.

Основные симптомы, их распознавание. Сопоставление описания указанных симптомов с личным опытом участников. Обсуждение опыта решения данной симптоматики. На этом занятии родственники делятся своим опытом, рассказывают, каким образом впервые столкнулись с психическим заболеванием близкого человека, какие эмоции испытывали по данному поводу.

Занятие 3. Шизофрения, клиника, течение, прогноз. Это занятие проходит в форме лекции, дается определение данного заболевания, особенности течения, какие опасности могут ожидать родственников, имеющих пациентов с этим диагнозом. Освещается тактика поведения с этими пациентами при совместном с ними проживании. После освещения данного заболевания, участники, имеющие родственников с этим диагнозом, делятся своим опытом совместного проживания и проблемами, с которыми они столкнулись.

Занятие 4. Биполярное аффективное расстройство, клиника, течение, прогноз. Это занятие проходит в форме лекции, дается определение данного заболевания, особенности течения, какие опасности могут ожидать родственников, имеющих пациентов с этим диагнозом. Освещается тактика поведения с этими пациентами при совместном с ними проживании.

Занятие 5. Органические поражения головного мозга, особенности психических расстройств у пожилых пациентов, пациенты, страдающие деменцией. Занятие также проходит в виде лекции, освещаются основные аспекты данных патологий, социальная помощь в уходе за беспомощными пациентами, особенности совместного проживания с ними.

Занятие 6. Выявление признаков рецидива заболевания.

Необходимые действия на раннем, среднем и позднем этапе рецидива. Почти все участники группы имеют родственников, которые неоднократно переносили обострения психического расстройства, поэтому, соответственно, имеют некий, не всегда положительный опыт разрешения данной проблемы. Объясняется взаимосвязь между приемом препаратов и профилактикой рецидива.

Занятие 7. Психологические проблемы в семьях, пути их решения. На данном занятии разбирались проблемы построения отношений с больными, каким образом не спровоцировать рецидив, как удержаться от агрессивного поведения по отношению к больному, как вести себя во время конфликта. Преодоление непонимания потребностей и чувств пациентов. Помощь семье в реабилитации пациента.

Занятие 8. Современная система психиатрической и социальной помощи.

Описание различных форм помощи: учреждения, оказывающие психиатрическую помощь и решающие неотложные проблемы, общественные организации, социальные службы, другие ресурсы сообщества.

Задание 9. Освещение правовых и юридических норм в психиатрической практике. Родственникам предлагается ознакомиться с действующим законом РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав при ее оказании. Освещаются основные аспекты недобровольной госпитализации, принудительного лечения, вопросы лишения дееспособности пациентов.

Занятие 10 (заключительное). Получение обратной связи от занятий. Обсуждение прошедших занятий, были ли они полезны, если были, то чем, на что следует обратить внимание при повторных циклах данных занятий.

РАЗВИТИЕ И ПОДДЕРЖКА САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ

Тренинг социальной адаптации. В работе с пациентами используется ролевые игры (инсценирование личного опыта), демонстрирующие поведенческий компонент пациента. В конце каждого занятия пациент получает новый непосредственный опыт, другие возможности функционирования в прежних значимых ситуациях. Анализ и обсуждение поступков пациентов во время игры помогают прогнозировать поведение в будущем.

Цели и задачи ТСА:

Отработка навыков адаптивного поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других;

Развитие навыка решения проблем;
Формирование адекватной системы отношений и общения с окружающими;
Направление на ТСА осуществляет лечащий врач отделения.
ТСА рекомендован пациентам на этапе реадaptации.

Противопоказаниями к участию в тренинге являются острые психотические состояния, грубые нарушения поведения, мышления, выраженная умственная отсталость.

Принцип групповой работы:

Четкий, структурированный стиль ведения,
Поэтапное введение нового материала,
Обратная связь со стороны ведущего по каждому выполненному упражнению.
Цикл состоит из 10 занятий. Продолжительность занятия 1 час.

Пример занятия: «Шаг в будущее»

Приветствие участников группы. В начале каждой встречи участники называют свои эмоции, с которыми они пришли на группу.

Ведущий тренинга предлагает описать ожидаемые в жизни участников события. Предполагается, что участники представят в ролевой игре ситуацию, в которой они окажутся в будущем. Например, участнику предстоит пройти собеседование по поводу приема на работу: он ждет этого события с чувством неуверенности и тревоги.

Данная техника даст возможность изучить ожидаемое поведение участника и отрепетировать с ним варианты взаимодействий.

По завершении занятия группа и ведущий тренинга выбирают конструктивные способы реагирования участника и та же ситуация разыгрывается повторно.

Подведение итогов занятия: эмоции и впечатления.

Группа восстановления социальных навыков и независимого проживания. Группа восстановления социальных навыков и независимого проживания рассчитана на пациентов с частыми госпитализациями, длительными сроками пребывания в психиатрическом стационаре, а также для социально дезадаптированных и одиноких пациентов. Данный модуль является одним из этапов психосоциальной реабилитации для пациентов медико-реабилитационного отделения психиатрического стационара.

Целью тренинга является – улучшение качества жизни и подготовка к выписке психически больных людей с выраженным психосоциальным дефицитом, посредством восстановления, поддержания (или приобретение новых) простейших, элементарных бытовых навыков и умений самообслуживания и самостоятельного проживания. Групповая форма занятий способствует усвоению и закреплению навыков общения, уверенного поведения и некоторых проблемно-решающих подходов. Создает условия для более ответственного социального поведения и тем самым закладывает основу более полного социального восстановления участников группы.

По мере завершения программы пациенты постепенно становятся подготовленными к включению в более сложные группы – коммуникативный тренинг и тренинг социальной адаптации.

В соответствии с этим модуль восстановления социальных навыков и независимого проживания имеет следующие задачи:

- формирование/восстановление навыков личной гигиены
- формирование/восстановление навыков самообслуживания
- формирование/восстановление умений ориентироваться в некоторых житейских ситуациях.

Модуль состоит из занятий, длительностью по 50 мин., периодичность по 2 занятия в неделю. Кол-во занятий может корректироваться ведущим, исходя из степени усвоения пациентами предполагаемого материала. Тематика может варьироваться специалистом в зависимости от потребностей участников, и степени их дезадаптации.

В процессе работы используется различный раздаточный материал и наглядные пособия. Часть занятий, по мере возможностей отделения, отводится для практической работы.

Основными навыками самостоятельного (независимого) проживания составляющими предмет данного модуля, являются простые социальные навыки (соблюдение личной гигиены, умение делать покупки, готовить пищу, убирать помещение, расходовать деньги, пользоваться общественным транспортом и т.д.) и навыки взаимоотношений (способность устанавливать и поддерживать контакты и отношения, беседовать).

Отделение: 18. Пациент Ф.И.О: _____

№	Тема	Кол-во лекционных занятий
1	Знакомство	1
2	Личная гигиена	1
3	Режим дня	1
4	Правильное питание	1
5	Продукты питания	1
6	Поведение в быту	1
7	Сон. Ответы на вопросы	1
8	Условия приготовления пищи	1
9	Посуда на кухне	1
10	Бытовая техника на кухне: правила эксплуатации и ухода	1
11	Оплата коммунальных услуг	1
12	Распределение денежных средств	1
13	Уход за одеждой	1
14	Выбор продуктов. Приготовление пищи	1
15	Ответы на вопросы. Завершение курса	1

Повышение уровня социальной активности, развитие ответственности за свое социальное поведение и личностный рост в результате должны привести к улучшению качества жизни больных, повышению их социальной компетентности и более успешной интеграции в жизнь общества.

Трудотерапия, занятость и творческие студии. В.В. Мясищев (1958) определяет лечение трудом как «Систему трудовых процессов, содействующих ликвидации болезненного состояния или возвращению к норме и устранению как соматических, так и психических симптомов болезни».

В России большую роль в развитии трудовой терапии в конце XIX века сыграли С.С. Корсаков, В.И. Яковенко, П.П. Кашенко и др.

С.С. Ступин в 1899 г. в докладе на заседании Московского общества невропатологов и психиатров, исходя из 25-летнего опыта трудовой терапии, пришел к следующим выводам: трудовой режим оказывает разностороннее лечебно-воспитательное воздействие на психику больных, труд является одним из методов психического лечебного воздействия, он должен быть регулярным и носить характер обучения. Работа должна быть интересна, целесообразна, и продуктивна. Выбор работы должен основываться на индивидуальном подходе к больному. Устройство мастерских – необходимое условие функционирования больницы, как лечебного учреждения.

В конце XIX и начале XX веков, при больницах начинают предусматриваться специально оборудованные помещения для различных ремесел и декоративно прикладного творчества, которые служили как для излечения (трудовая терапия), так и для развлечения больных. Мастерские использовались в качестве одного из средств активизации и обучения через действие. Занятия ремеслом и творчеством обеспечивали выход у больных творческой энергии и были способом избежать скуки. Например, в нашей больнице еще в 1909 г. врачами прилагались все усилия для обеспечения досуга и занятости больных. Согласно медицинским отчетам, женщины занимались шитьем и рукоделием, мужчины плетением корзин. Работали переплетная и сапожная мастерские.

Важным стимулом к введению трудовой терапии послужило распространение идей социотерапии. У истоков, которой стоял немецкий психиатр Н. Simon (1927), считавший включение психически больного в коллективную трудовую деятельность мощным фактором стимуляции его социальной активности и преодоления явлений патологической психосоциальной адаптации

к неблагоприятной внутрибольничной среде. Предложенная им система в несколько измененном виде получила широкую известность в послевоенные годы и под названием «терапия занятостью» или «промышленная терапия». Ее отправной точкой явилась групповая работа в лечебно-трудовых мастерских в условиях, приближенных к реально производственным.

Возможности такой терапии существенно возросли после введения в клиническую практику эффективных антипсихотических средств, которые позволили добиваться не только улучшения состояния больных, но и выписки из стационара с переводом на поддерживающую терапию. В нашей стране развитие промышленной реабилитации достигло наибольшего «расцвета» в 70-80-е годы XX века. Были разработаны не только различные формы трудовой реадaptации, но и соответствующие медико-психологические воздействия на больного во время ее проведения.

В 1964 году вышел приказ МЗ СССР № 20 «Об утверждении положения о лечебно-производственных мастерских при психоневрологических психиатрических учреждениях». ЛТМ организовывались в качестве подсобного предприятия при психиатрических учреждениях. Трудовая деятельность осуществлялась на основе хозрасчетных отношений. За свой труд пациенты получали материальное вознаграждение. Задачами ЛТМ являлись: применение различных видов труда в целях лечебного воздействия на больного, повышение его психического и физического тонуса и создание благоприятных условий для достижения стойкой ремиссии и предупреждения дальнейшей психической и социальной деградации, трудовое обучение, содействие в трудоустройстве и овладении новой профессией. Базой для социально-трудовой реабилитации психически больных стали дневные стационары при ПНД, кабинеты трудовой терапии и лечебно-трудовые мастерские. Трудовая терапия широко применялась и в самих психиатрических больницах, где практически в каждом отделении больные выполняли простейшую работу (собирали мелкие детали разных приборов, склеивали конверты, упаковочные коробки и т.п.) В нашей больнице, длительное время работали швейная, картонажная и щеточная мастерские.

В постсоветское время большая часть существовавших во всех психиатрических стационарах СССР лечебно-трудовых мастерских оказалась заброшенной из-за недостатка финансирования, объемы трудотерапии снизились, оплата труда пациентов носила чисто символический характер.

В 2004 году вследствие модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга законодательно лечебно-производственные мастерские были ликвидированы. Вместо них в 2006 году, распоряжением «Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга» от 28.02.2006 № 77-р, было принято «Утверждение положения об отделении трудовой реабилитации психиатрических и неврологических учреждений».

К 2008 году большинство ЛТМ прекратили свое существование. На базе лечебно-трудовых мастерских психиатрических учреждений были организованы «Отделения трудовой реабилитации», которые по сути своей тоже не могли обеспечить пациентам собственно трудотерапию т. к. существовало множество юридических ограничений. Работа в этих отделениях носила характер трудовой занятости. В нашей больнице отделение трудовой реабилитации в 2015 году, в соответствии с новыми возможностями законодательства было переведено в статус «Медико-реабилитационного отделения».

В настоящий момент в отделении, по сути, осуществляется терапия занятостью. Терапия занятостью отличается от трудотерапии тем, что всегда сохраняет элемент развлечения, и отдыха. Не ставит задачу ни восстановления трудовых навыков, ни обучения. Это преимущественно проявление различных индивидуальных интересов. Ее социотерапевтическое значение обуславливается социальной активностью пациента. Эта активность может отвлекать от болезненных переживаний, оказывать стимулирующее влияние, а также играть существенную роль в сохранении и восстановлении личностных ресурсов пациента.

Терапию занятостью нельзя оторвать от других видов социотерапии т.к. она является важной стороной лечебно-активирующего режима.

В медико-реабилитационном отделении больницы работают две творческие студии, в которых пациенты осваивают различные виды декоративно-прикладного искусства: студия народного творчества и студия рукоделия.

Основными задачами работы студий являются знакомство пациентов с декоративными свойствами разных материалов, содействие развитию творческих способностей, приобретению художественных навыков и умений, повышению общего культурного уровня, содействию снижению нервно-психического напряжения.

В творческих студиях проводятся групповые занятия. Группы открытые. Используются традиционные натуральные материалы: глина, ткани, бумага, пряжа, шерстяные волокна и современные материалы – полимерная глина. Направление работы выбирается специалистом для каждого пациента с учетом его психофизических особенностей и интересов.

Практическая работа строится по определенному алгоритму:

1. Демонстрация готового изделия.
2. Знакомство с материалом для работы.
3. Пооперационный показ приемов изготовления.

Для большей наглядности инструкторы по трудотерапии изготовили большое кол-во образцов, используя всевозможные техники. Здесь можно найти работу на любой вкус. Особым интересом пользуются следующие виды творчества: изготовление керамики, роспись, пошив текстильной куклы, лоскутное шитьё, изготовление традиционной народной куклы, вязание крючком и на спицах, изготовление бижутерии из полимерной глины, декупаж, пейп-арт, мокрое валяние из шерсти.

В работе с пациентами применяются следующие методы:

- индивидуальный подход;
- от простого к сложному;
- постоянное повторение приемов;
- дозированная самостоятельность.

Творческая и трудовая деятельность поддерживает и восстанавливает такие качества как усидчивость, аккуратность, развивает мелкую моторику, память, внимание, речь и собственный творческий потенциал. Труд оказывает активирующее влияние на нервно – психические процессы, повышает эмоциональный тонус, мобилизует волевые качества, способствует привлечению пациентов к включению в жизненно полезный ритм, и повышает мотивацию к активному восстановительному лечению. Разумная работа способствует укреплению самооценки больного, рождению положительных эмоций, улучшению качества жизни пациентов.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

Отделение			
Заявка на 18 отд:			
ФИО пациента			
Возраст:		Образование:	
Клин. диагноз:			
Шифр по МКБ:			
Планируемая дата выписки:			
Перечислите, пожалуйста, ведущие синдромы:			
Укажите особенности пациента, влияющие на проведение психотерапевтических и реабилитационных мероприятий (нужное подчеркнуть)			
<ul style="list-style-type: none">- Госпитализация - первичная, повторная- Длительные, частые повторные госпитализации- Тенденции к формированию госпитализма- Отсутствие критики к психическому расстройству- Отсутствие комплаенса- Низкая мотивация пациента к лечению- Нарушение мотивации и социально-трудового функционирования- Сложности адаптации пациента на отделении- Выраженность эмоционально-волевого дефекта, пассивность- Конфликтность, раздражительность, аффективная неустойчивость- Сложности в межличностных отношениях, нарушение навыков коммуникации- Сложности в семейных отношениях- Сниженная самооценка- Нарушение познавательных процессов (памяти, внимания, мышления)- Выраженное снижение интеллекта- Нарушение слуха, речи, зрения.- Нарушения моторных функций- Другое (кратко опишите) Наличие творческих способностей (если есть, то какие).			
Рекомендованная программа реабилитации и задачи направления на 18 отделение (нужное подчеркните или укажите желаемые мероприятия):		Программа № 1 Программа № 2 Программа № 3 Программа № 4	
<ul style="list-style-type: none">- Комплексная психосоциальная реабилитация- Улучшение адаптации и социального функционирования- Коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений- Трудовая и творческая занятость на отделении- Другое <i>Может ли быть доверен инструмент для рукоделия, (ножницы, инструмент для рукоделия, шитья).</i>			
Дата заполнения:	« »		2017 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

Медико-реабилитационное отделение № 18
ПЕРСОНАЛЬНАЯ КАРТА пациента

ФИО пациента:			
Возраст:		Образование:	
Проживает в семье	да \ нет	Инвалидность	да / нет
		Трудоустройство	пост. / врем / не раб.
Клинический диагноз:			
Шифр по МКБ:			
Ведущие синдромы:			
ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ и НАЗНАЧЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:			
<ul style="list-style-type: none">- Госпитализация - первичная, повторная- Длительные, частые повторные госпитализации- Тенденции к формированию госпитализма- Отсутствие критики к психическому расстройству- Отсутствие комплаенса- Низкая мотивация пациента к лечению- Нарушение мотивации и социально-трудового функционирования- Сложности адаптации пациента на отделении- Выраженность эмоционально-волевого дефекта, пассивность- Конфликтность, раздражительность, аффективная неустойчивость- Сложности в межличностных отношениях, нарушение навыков коммуникации- Сложности в семейных отношениях- Сниженная самооценка- Нарушение познавательных процессов (памяти, внимания, мышления)- Выраженное снижение интеллекта- Нарушение слуха, речи, зрения.- Нарушения моторных функций- Оценка способности к независимому проживанию: <i>неудовлетворительно удовлетворительно хорошо отлично</i>- Другое			
Рекомендованная программа реабилитации	Программа № 1 Программа № 2 Программа № 3 Программа № 4		
Задачи направления на 18 отделение:			
<ul style="list-style-type: none">- Комплексная психосоциальная реабилитация- Улучшение адаптации и социального функционирования- Коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений- Трудовая и творческая занятость на отделении- Другое			

Приложение №2а

Медико-реабилитационное отделение № 18.

ПЕРСОНАЛЬНАЯ КАРТА пациента (вариант 2) (для полипрофессиональной бригады)

ФИО пациента:	
Возраст	
Клинический диагноз:	
Шифр по МКБ:	
Госпитализация	Первичная, повторная
Семейный статус	Проживает в своей семье \ в родительской семье
	Проживает один \а
	Женат \ замужем \ в разводе
Отношения в семье	Гармоничные \ нестабильные \ конфликтные \ не поддерживает отношения с родственниками.
Отношения с детьми (если есть)	Гармоничные \ формальные \ не поддерживает отношения
Отношение к пациенту со стороны родственников	Теплое поддерживающее, находятся в продуктивном диалоге Нестабильное (умеренно конфликтное, напряженное) Фиксированное на болезни пациента, навязчивое, гиперопекающее Агрессивное, подавляющее Холодный контроль, игнорирование потребностей пациента
Отношение родственников к наличию заболевания	Поддерживают, настраивают на приеме поддерживающей терапии Безразличное Отрицают наличие заболевания, настроены против лекарственной терапии.
Внешнее окружение, общение, наличие друзей, знакомых	Полноценное общение, наличие тесных взаимосвязей. Формальное общение, нейтральные, безразличные отношения. Конфликтные отношения с окружающими. Не испытывает потребности в общении.
Образование	Высшее \ неоконченное высшее \ средне-специальное \ среднее \ незаконченное среднее
Трудовой статус	Работает по специальности или учится Работает не по специальности со снижением квалификации Не работает более полугода Состоит на учете в ЦЗН На инвалидности, работает На инвалидности, не работает
Навыки по ведению домашнего хозяйства и самообслуживания	Не испытывает затруднений Частично сохранены, нуждается в сопровождении, напоминаниях Утрачены Полностью безразличен к данным вопросам

продолжение

Наличие инвалидности	Группа НЕТ степень по какому заболеванию срок переосвидетельствования
Материальное положение	Бедственное удовлетворительное среднее высокое
Социальное взаимодействие (походы в магазин, на почту, оформление пенсии и других документов)	Не испытывает затруднений, не нуждается в специализированной помощи Требуется минимальное вмешательство Нуждается в сопровождении Избегает данной деятельности Проблемы требуют решения с помощью привлечения специалистов
Возраст начала заболевания	До 18 \ 19-25 \ 25-35 \ 35-50 \ старше 50 лет
Длительность заболевания	До 1 года \ 1-3 года \ 3-5 лет \ более 5 лет \ более 10 лет
Частота госпитализаций	Один раз в 3-5 лет Один раз в 2-3 года Один раз в год Более одного раза в год
Длительность госпитализаций	До 2 месяцев 2-3 месяца 3-6 месяцев От 6 месяцев до года Более 1 года
Соблюдение режима лекарственной терапии после выписки	Соблюдает самостоятельно Частично соблюдает, самостоятельно регулирует дозу, иногда пропускает прием, принимает при ухудшении самочувствия Не принимает из за плохой переносимости Не принимает
Посещение ПНД	Посещает регулярно, самостоятельно Посещает периодически, при ухудшении самочувствия Не посещает
Употребление алкоголя и других ПАВ	Не употребляет Редко употребляет Употребляет регулярно
Попытки суицида	Да Нет
Критика к наличию психического расстройства	Сформирована Частичная Отсутствует

**ЛИСТ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ
(для полипрофессиональной бригады)**

Психосоциальная работа	Дата назначений	Ф.И.О. исполнителя, подпись
Врач-психиатр		
Психообразовательные занятия для родственников		
Группа по психообразованию для пациентов		
Индивидуальная психообразовательная работа с пациентом		
Индивидуальная психообразовательная работа с родственниками		
Иные виды работы		
Психотерапевт		
Индивидуальная работа		
Индивидуальная работа с родственниками		
Психологи и специалисты по соц.работе		
Индивидуальная консультация		
Индивидуальная работа с родственниками		
Групповая работа		
Нейрокогнитивный тренинг		
Когнитивный тренинг для пожилых и пациентов с интеллектуальным дефицитом		
Коммуникативный тренинг		
Тренинг социальной адаптации		
Релаксация		
Тренинг стрессоустойчивости		
Психокоррекционная группа		
Арт-терапия (ИЗО-терапия, музыкатерапия, сказкатерапия, библиотерапия)		
Танцевально-двигательная терапия		
Драматерапия		
Психодиагностическое обследование		
Иные виды работы		
Социальный работник		
Досуговые мероприятия		
Терапия творчеством		
Гимнастика		
Иные виды работ		
Медицинские сестры и трудинструкторы		
Мастерская декоративно-прикладного творчества, швейная мастерская		
ИЗО-терапия (ИЗО, лепка и пр.)		
«Группа восстановления социальных навыков и самостоятельного проживания»		
Иные виды работы		
Иные специалисты		

Дневник реабилитационных мероприятий пациента

Специалист	Дата	Вид работы	Наименование
Врач-психиатр			
Психотерапевт			
Специалист по социальной работе			
Мед.психолог			
Соц. работник			
Трудинструктор			
М \ сестра			

Приложение №3

Программы комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на повышение функциональных резервов здоровья пациентов, страдающих психическими заболеваниями, с преимущественным использованием медико-социальных, психотерапевтических и трудовых методов лечения.

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ			
№ 1	№ 2	№ 3:	№ 4:
Пациенты с острым психическим заболеванием или хроническим заболеванием с периодическим течением и временной утратой трудоспособности, сохранные в социальном функционировании	Пациенты, имеющие хронические психические заболевания, без выраженного дефекта с умеренным нарушением социального функционирования	Пациенты, имеющие хронические психические заболевания с выраженным дефектом, нарушениями в когнитивной сфере, со значительным нарушением социального функционирования	Пациенты, имеющие хронические психические заболевания, с разной степенью дефекта и нарушений когнитивных функций обладающие ресурсом для повышения уровня социального функционирования, но утратившие социальные связи
Нозологии			
F 06 F 11.2 F12.2 F13.2 F 14.2 F 40 F 20 F 41 F 21 F 43 F 23 F 45 F 25 F 60 F 30 F 91 F 31 F 92 F 32 F 33	F 06 F 70 F 20 F 71 F 22 F 25 F 30 F 31 F 32 F 33	F 00 F11.6 F 01 F12.6 F 02 F 13.6 F 06 F 14.6 F 07 F 20 F 08 F 71 F 10.6	F 06 F 10.6 F 22 F 20 F 71
Цели			
Психотерапевтическое купирование симптомов, обучение способам совладания с ними - психообразование с целью формирования внутренней картины болезни и профилактики рецидивов - восстановление личного статуса - коррекция нарушенной системы отношений, неадаптивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов - сохранение, восстановление трудоспособности и социальной активности - поддержание дневной активности на фоне фармакотерапии	- контроль над симптомами болезни, формирование критики к состоянию, комплаентности, приверженности к длительной фармакотерапии путем психообразовательной работы - помощь в построении адекватного взаимодействия с макро и микросоциальной средой - активация и восстановление когнитивных функций, стабилизация эмоциональной сферы, поддержание коммуникативных и социальных навыков - поддержание дневной активности на фоне фармакотерапии	- стабилизация эмоциональной сферы, поддержание и активация когнитивной и волевой сферы - поддержание социальных навыков - работа на поддержание социальных связей - улучшение качества жизни	- восстановление социальных навыков - повышение мотивации пациента в решении социальных проблем - помощь в формировании социальных связей - помощь в восстановлении социального статуса - улучшение качества жизни

продолжение на след. стр.

продолжение

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ			
№ 1	№ 2	№ 3:	№ 4:
Методы работы с пациентом:			
<p>Психотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - индивидуальная психотерапия (решение психотравмирующей ситуации) - групповая психотерапии (направлена на активацию и восстановление коммуникативной, когнитивной сфер, коррекция эмоциональной сферы) - психообразование - семейное консультирование + психообразование 	<p>Психотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - индивидуальное психологическое консультирование и психокоррекция при наличии запроса пациента - групповая психотерапия, тренинги (направлены на стабилизацию и контроль эмоциональной сферы, уменьшение дефицита когнитивной сферы, коррекцию навыков общения) - психообразование - семейное консультирование (по запросу) 	<p>Психотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - индивидуальное психологическое консультирование и психокоррекция в зависимости от степени выраженности дефекта и интеллектуального дефицита - групповая тренинговая работа (направлены на активацию и стимулирование когнитивных функций: тренировка, восстановление и поддержание познавательных процессов, коммуникативных навыков, социальных навыков, навыков самообслуживания) - семейное консультирование (по запросу) - Группа восстановления социальных навыков и самостоятельного проживания 	<p>Психотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - индивидуальное психологическое консультирование и психокоррекция в зависимости от степени выраженности дефекта (направлены на поиск развитие ресурсов социальной адаптации) - групповая терапия, тренинговая работа в зависимости от степени дефекта (направлены на активацию и стимулирование когнитивных функций, навыков общения, социальных навыков) - семейное консультирование (по запросу), - Группа восстановления социальных навыков и самостоятельного проживания - социальное сопровождение
Занятость и трудотерапия			
<p>Швейная мастерская ИЗО Творческие мастерские Рукоделие Караоке</p>	<p>Швейная мастерская ИЗО Творческие мастерские Рукоделие Караоке</p>	<p>Швейная мастерская ИЗО Творческие мастерские Рукоделие Караоке Настольные игры</p>	<p>Швейная мастерская ИЗО Творческие мастерские Рукоделие Караоке Настольные игры</p>
<p>Продолжительность реабилитационных мероприятий</p> <p>12-30 дней</p>	<p>Продолжительность реабилитационных мероприятий</p> <p>30-60 дней</p>	<p>Продолжительность реабилитационных мероприятий</p> <p>40-90 дней</p>	<p>Продолжительность реабилитационных мероприятий</p> <p>До выписки</p>

Приложение №4

Соблюдение санитарно-гигиенического состояния (внеш. вид). Утренняя гимнастика на отделении.	<u>Арт-терапия</u>	Музыкотерапия	<u>Кинотерапия (групповая+тематическая)</u>
<u>Психообразование</u>			
<u>Нейрокогнитивный тренинг</u>	<u>Библиотерапия, Сказкотерапия</u>	Коммуникативный тренинг	Творческая занятость (ИЗО, музыкальная группа)
			Трудотерапия (шитье и рукоделие)
Тренинг социальной адаптации	<u>Драматерапия</u>	Психотерапевтическая группа	Мастерская народного и декоративно-прикладного творчества
	Релаксация		
Коммуникативный тренинг	Танцевально-двигательная терапия	Группа социальной грамотности и самостоятельного проживания	Индивидуальная работа

ПРАВИЛА
1. Ваше пребывание на отделении реабилитации назначается и отменяется лечащим врачом лечебного отделения.
2. Мероприятия в реабилитационном отделении проводятся с 09.30 до 13.30. с двумя перерывами.
3. Для посещения отделения необходим опрятный внешний вид, при себе желательно иметь сменную обувь или бахилы.
4. Пациенты, направленные в <u>медико-реабилитационное</u> отделение участвуют во всех назначенных реабилитационных мероприятиях.
5. Во время проведения занятий выход из кабинета не желателен.

Реабилитационная карта отд. № 18

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

С правилами ознакомлен(а) _____

Дата _____

Вы поступили на лечение в медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца, где Вам будет предложено психотерапевтическое лечение и различные виды занятий, которые помогут Вам в улучшении качества жизни после выписки из больницы.

Чтобы Вам было легче ориентироваться в мероприятиях, Вам выдана реабилитационная карта

Форма карты разработана на 6 лечебно-реабилитационном отделении.

Приложение №5

Анкета для пациентов 18 отделения

Оцените свое состояние: хорошее удовлетворительное неудовлетворительное

Какие занятия, тренинги или группы Вы посещали:

Что Вам помогло Вам улучшить свое психическое состояние?

- коммуникативный тренинг
- нейрокогнитивный тренинг
- тренинг социальной адаптации
- АРТ-терапия (ИЗО)
- драматерапия
- сказкотерапия, библиотерапия
- танцевально-двигательная терапия
- музыкотерапия
- психотерапевтическая группа
- индивидуальная психотерапия
- семейная психотерапия
- группа по психообразованию пациентов
- группа обучения релаксации
- группа восстановления социальных навыков и самостоятельного проживания
- мастерская народного и декоративно-прикладного творчества
- занятия в швейной мастерской
- психологическая обстановка на отделении (общение с другими пациентами и персоналом, возможность читать, рисовать, петь в караоке, играть в настольные игры и пр.)

другое _____

Что, по Вашему мнению, мешало улучшению вашего психического состояния?

Насколько комфортно Вы чувствовали себя на групповых занятиях и в отделении?

0 1 2 3 4 5

За время пребывания в больнице имели ли Вы возможность регулярно посещать медико-реабилитационное отделение?

да нет

Если нет, то по какой причине?

Какое из предложенных занятий в рамках реабилитационной программы Вам понравилось больше всего?

- | | |
|--|-------------|
| 1. арт-терапия | 0 1 2 3 4 5 |
| 2. тренинг социальной адаптации | 0 1 2 3 4 5 |
| 3. коммуникативный тренинг | 0 1 2 3 4 5 |
| 4. психокоррекционная группа | 0 1 2 3 4 5 |
| 5. нейрокогнитивный тренинг | 0 1 2 3 4 5 |
| 6. музыкальная терапия | 0 1 2 3 4 5 |
| 7. танцевально-двигательная терапия | 0 1 2 3 4 5 |
| 8. драматерапия | 0 1 2 3 4 5 |
| 9. сказкотерапия, библиотерапия | 0 1 2 3 4 5 |
| 10. тренинг стрессоустойчивости | 0 1 2 3 4 5 |
| 11. релаксация | 0 1 2 3 4 5 |
| 12. группа восстановления социальных навыков и самостоятельного проживания | 0 1 2 3 4 5 |
| 13. психообразование | 0 1 2 3 4 5 |
| 14. индивидуальная психотерапия | 0 1 2 3 4 5 |
| 15. семейная психотерапия | 0 1 2 3 4 5 |
| 16. мастерская народного и декоративно-прикладного творчества | 0 1 2 3 4 5 |
| 17. занятия в швейной мастерской | 0 1 2 3 4 5 |

продолжение на след. стр.

продолжение

По содержанию занятия были для Вас:

- А. Интересные, информативные и полезные
- Б. Скучные и бесполезные
- В. Непонятные и утомительные

Какие навыки были приобретены Вами в процессе реабилитации? Как они могут Вам помочь после выписки?
Что нового, полезного для себя Вы узнали?

Если бы Вы повторно оказались в больнице, то возможность посещения 18 отделения реабилитации повлияла бы положительно на Ваше отношение к госпитализации в больницу?

Пребывание в медико-реабилитационном отделении и занятия со специалистами изменили Ваше отношение к болезни, лечению и приему поддерживающей терапии? да нет
Если да то как? _____

Насколько вы удовлетворены пребыванием в медико-реабилитационном отделении 0 1 2 3 4 5

Дата: _____

Литература

1. Гурович И.Я. Шмуклер А.Б. Сторожакова Я.А. «Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии». 2004 г.
2. Гурович И.Я. Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. 2007 г.
3. С.М. Бабин, О. В. Лиманкин «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск 1 Спб. Издательство «Таро» 2013г.
4. Кабанов М.М. «Клинические и организационные основы реабилитации психически больных». Москва Медицина 1980.
5. Бабин С.М. «Психотерапия психозов». Практическое руководство. Спец. Лит 2012г.
6. Б.Д. Карвасарский. Учебник «Психотерапия». 3 –е издание 2007г.
7. Э.Гренлюнд, Н.Ю. Оганесян «Танцевальная терапия. Теория, методика, практика», 2011 г
8. Танцевально-двигательная терапия в психиатрии. Материалы I Российской научно-практической конференции с международным участием. Санкт-Петербург, 2012 г
9. Архипова О.В. Тренинговая программа для групповой работы с пожилыми людьми в пансионатах общего типа // Психология зрелости и старения. 2005.
10. Руженская Е.В. Организация тренинга по поддержанию и восстановлению когнитивных функций пожилых пациентов // Клиническая геронтология. 2006.
11. Брунова С.Н., Лебедева Л.А. Когнитивные нарушения пожилого и старческого возраста (курс лекций для населения)// Международный студенческий вестник. – 2015, №6.
12. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. – С.-П., 2008.
13. Кемпинский А. Психология шизофрении.- С.-П., 1998.
14. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. Мотивация, общение, познание. – М., 1991.
15. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб, 2000.
16. Ротштейн В.Г., Кулик М.С. Новый этап в психиатрическом образовании пациентов и членов их семей // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – №3.
17. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 2009.
18. И.И. Михайлова, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – Т.7, № 102.
19. Гюнтер А. Динамическая психиатрия / Гюнтер А. – изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995.
20. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / Под ред. М. М. Кабанова и К. Вайзе. М., Медицина, 1981.
21. Групповая психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. – М: Медицина, 1990.
22. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / Ялом И. – Питер, 4-е издание, 2000.
23. Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – №1.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Б					
Бабаев А.С.....	122	Кенжаев А.Б.....	108	Ромасенко Л.В.....	86
Бабарахимова С.Б.....	111, 145	Комарова Ю.М.....	153	Румянцев А.О.....	114
Берегулина А.Е.....	153	Кошкина И.В.....	84	С	
Берегулина Л.Н.....	5, 153	Кузнецова О.И.....	140	Савельева К.А.....	122
Богатырева Н.Л.....	79	Курбаниязова Ш.Э.....	142	Сиволап Ю.П.....	125
Бухановская О.А.....	96	Кушнир О.Н.....	67	Снедков Е.В.....	52
В			Л		
Васильева А.А.....	110	Лемешев И.В.....	126	Соляник М.А.....	126
Витоль Е.С.....	76	Лесков А.Н.....	15	Сорокина А.В.....	76
Воскресенский Б.А.....	80	Литвинцев С.В.....	108	Сорокин М.Ю.....	128
Г			М		
Герасимчук М.Ю.....	83	Лобанова В.М.....	96	Султанов Ш.Х.....	131, 133
Голубенко Р.А.....	150	Лопатина В.В.....	110	Т	
Гречаный С.В.....	22	Лутова Н.Б.....	42	Титкова Т.В.....	135
Григорьев И.С.....	15	Н			
Д			О		
Демурчева В.С.....	84	Магзумова Ш.Ш.....	108	Федоровский И.Д.....	115
Денисов М.Ф.....	24, 76	Матякубова М.К.....	142	Фецура И.В.....	137
Е			П		
Егоров А.Ю.....	34	Махнева А.В.....	153	Павлова В.В.....	76
Ермилов О.В.....	86	Менделевич В.Д.....	46	Пашковский В.Э.....	49, 115
Ж			Х		
Журавлев Я.С.....	87	Н			
Журавлёв Я.С.....	140	Нарбаева Н.Х.....	142, 143	Ходжаева Н.И.....	131
З			О		
Задорожная О.В.....	91	Нурходжаев С.Н.....	111	Худяков А.В.....	93
Захарова М.В.....	93	О			
Захарченко С.П.....	86	Омельченко М.А.....	114	Ч	
Збарская О.В.....	96	Орешкина Е.В.....	110	Черникова И.В.....	96
Зобин М.Л.....	38	П			
Золотова Е.Н.....	96	Павлова В.В.....	76	Черток Е.А.....	76
И			Р		
Исавнина Е.В.....	153	Перехов А.Я.....	96	Чехонадский И.И.....	140
Искандарова Ж.М.....	103	Петрова Н.Н.....	117	Ш	
К			С		
Калинина С.Ю.....	110	Поляков Ю.И.....	118	Шадманова Л.Ш.....	142, 143
Каминская Ю.М.....	105	Попова С.Л.....	153	Шаикрамов Ш.Ш.....	103
Л			Т		
Лемешев И.В.....	126	Портнова А.А.....	125	Шарипова Ф.К.....	145
Лесков А.Н.....	15	Потехина Е.Ф.....	93	Шиленок В.Н.....	86
Литвинцев С.В.....	108	Пряникова Е.В.....	140	Шуненков Д.А.....	93
Лобанова В.М.....	96	Ц			
Лопатина В.В.....	110	Щ			
Лутова Н.Б.....	42	Я			
М			Ф		
Магзумова Ш.Ш.....	108	Федоровский И.Д.....	115	Щурова И.А.....	146, 153
Матякубова М.К.....	142	Фецура И.В.....	137	Я	
Махнева А.В.....	153	Филиппов А.П.....	87	Якимец А.В.....	150
Менделевич В.Д.....	46	Филиппова А.С.....	140	Якимец В.Н.....	150
Н			Х		
Нарбаева Н.Х.....	142, 143	Ф			
Нурходжаев С.Н.....	111	Х			
О			Ц		
Омельченко М.А.....	114	Я			
Орешкина Е.В.....	110	Ходжаева Н.И.....	131	Якимец А.В.....	150
П			Ч		
Павлова В.В.....	76	Худяков А.В.....	93	Черникова И.В.....	96
Пашковский В.Э.....	49, 115	Ч			
Перехов А.Я.....	96	Ш			
Петрова Н.Н.....	117	Щ			
Поляков Ю.И.....	118	Я			
Попова С.Л.....	153	Шадманова Л.Ш.....	142, 143	Щурова И.А.....	146, 153
Портнова А.А.....	125	Шаикрамов Ш.Ш.....	103	Я	
Потехина Е.Ф.....	93	Шарипова Ф.К.....	145	Якимец А.В.....	150
Пряникова Е.В.....	140	Шарипова Ф.К.....	145	Якимец В.Н.....	150
Р			Щ		
Радин М.С.....	140	Я			
Радионов Д.С.....	121	Я			
Рожкова Ю.В.....	153	Я			

СОДЕРЖАНИЕ

ВСТУПЛЕНИЕ. О ПРОБЛЕМЕ ТРУДНОГО ПАЦИЕНТА	3
ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ	
Берегулина Л.Н. АРТ-ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	5
Григорьев И.С., Лесков А.Н. ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИМПУЛЬСИВНАЯ АГРЕССИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В АНАМНЕЗЕ.....	15
Гречаный С.В. ТРУДНЫЕ СЛУЧАИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА, НАЧИНАЮЩЕГОСЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	22
Денисов М.Ф. ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.....	24
Егоров А.Ю. ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	34
Зобин М.Л. КЕТАМИН В ТЕРАПИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ (НАТУРАЛИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	38
Лутова Н.Б. ТИПОЛОГИЯ БОЛЬНЫХ ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЕНСА И ПОДХОДЫ К ЕГО УЛУЧШЕНИЮ.....	42
Меңделевич В.Д. КРИЗИС ДОВЕРИЯ, ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ И ПРОБЛЕМА САМОЛЕЧЕНИЯ.....	46
Пашковский В.Э. НЕЧЕТКИЕ ПСИХОЗЫ.....	49
Снедков Е.В. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИМПУЛЬСИВНОЙ АГРЕССИИ.....	52
Точилов В.А., Кушнир О.Н. ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ В ТРУДАХ Ю.Л. НУЛЛЕРА И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ.....	67
Черток Е.А., Павлова В.В., Витоль Е.С., Сорокина А.В., Денисов М.Ф. «ТРУДНЫЕ» ПАЦИЕНТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	76
ТЕЗИСЫ	
Богатырева Н.Л. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ НАЗНАЧЕНИЯ АЛИМЕМАЗИНА ПРИ ТРЕВОЖНОЙ ДЕПРЕССИИ С РАССТРОЙСТВОМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	79

	185
Воскресенский Б.А. ДУШЕВНОБОЛЬНОЙ-ВЕРУЮЩИЙ – ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ПСИХОТЕРАПИИ.....	80
Герасимчук М.Ю. БИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНОГО С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	83
Демурчева В.С., Кошкина И.В. ОПЫТ РАБОТЫ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА.....	84
Ермилов О.В., Третьяков А.Ю., Ромасенко Л.В., Захарченко С.П., Шиленок В.Н. ПОКАЗАТЕЛИ ИНСУЛИНЕМИИ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	86
Журавлев Я.С., Филиппов А.П. ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ПАЦИЕНТОВ В ПСИХИАТРИИ (ОБЗОР, КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ).....	87
Задорожная О.В. ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	91
Захарова М.В., Потехина Е.Ф., Худяков А.В., Шуненков Д.А. ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ: ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ИЛИ ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО?.....	93
Золотова Е.Н., Бухановская О.А., Черникова И.В., Перехов А.Я., Лобанова В.М., Збарская О.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ГЕНТИНГТОНА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	96
Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДИСМОРФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	103
Каминская Ю.М. ДИСГАРМОНИЧНАЯ МИКРОСОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА КАК ФАКТОР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЛЕЧЕНИЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЕЕ КОРРЕКЦИИ.....	105
Магзумова Ш.Ш., Кенжаев А.Б. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	108
Литвинцев С.В. ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ, СИСТЕМАТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ.....	108
Орешкина Е.В., Васильева А.А., Калинина С.Ю., Лопатина В.В. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.....	110
Нурходжаев С.Н., Бабарахимова С.Б. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ У ЖЕНЩИН, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР.....	111
Омельченко М.А., Румянцев А.О. ПРЕВЕНТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХОТИЧЕСКИМ РИСКОМ. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ.....	114
Пашковский В.Э., Федоровский И.Д. ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ФАКТОРА НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	115
Петрова Н.Н. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНАЯ ДЕПРЕССИЯ.....	117
Поляков Ю.И. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РЕЗИСТЕНТНОГО ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА.....	118
Радионон Д.С. КЛИНИЧЕСКАЯ ТРИХОТОМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ В ОСНОВЕ РЕЛИГИОЗНО-МИСТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ БРЕДА ОДЕРЖИМОСТИ.....	121
Савельева К.А., Бабаев А.С. МОНОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА.....	122

	186
Сиволап Ю.П., Портнова А.А. ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИАТРИИ	125
Соляник М.А., Лемешев И.В. ПРОБЛЕМНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	126
Сорокин М.Ю. ПРЕОДОЛЕНИЕ ДЕФИЦИТА МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ И МОТИВАЦИОННОГО ТРЕНИНГА	128
Султанов Ш.Х., Ходжаева Н.И. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ	131
Султанов Ш.Х. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ	133
Титкова Т.В. ГОСПИТАЛИЗМ: ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА?	135
Фецюра И.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИНАРКОМАНИИ	137
Филиппова А.С., Радин М.С., Пряникова Е.В., Чехонадский И.И., Журавлев Я.С., Кузнецова О.И. ИССЛЕДОВАНИЕ АЛЕКСИТИМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	140
Шадманова Л.Ш., Курбаниязова Ш.Э., Матякубова М.К. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРЕОДОЛЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	142
Шадманова Л.Ш., Курбаниязова Ш.Э., Нарбаева Н.Х. ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	142
Шадманова Л.Ш., Нарбаева Н.Х. ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ	143
Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б. ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЛИГИОЗНЫХ ВКЛЮЧЕНИЙ В СТРУКТУРУ БРЕДООБРАЗОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С ШИЗОАФЕКТИВНЫМИ ПСИХОЗАМИ	145
Щурова И.А. ГРУППОВАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ КАК МЕРА ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	146
Якимец А.В., Голубенко Р.А., Якимец В.Н. ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ	150
 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	
Рожкова Ю.В., Берегулина Л.Н., Исавнина Е.В., Комарова Ю.М., Махнева А.В., Щурова И.А., Попова С.Л., Берегулина А.Е. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	153
ПРИЛОЖЕНИЕ №1	172
ПРИЛОЖЕНИЕ №2	173
ПРИЛОЖЕНИЕ №2А	174
ПРИЛОЖЕНИЕ №3	178
ПРИЛОЖЕНИЕ №4	180
ПРИЛОЖЕНИЕ №5	181
 АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ	 183

Трудный пациент в психиатрической практике

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]
СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

межрегиональной научно-практической конференции
Санкт-Петербург (08 декабря 2017 года)

Под общей редакцией С.Я. Свистуна, М.Ф. Денисова

ISBN 978-5-905498-82-4