

Российское общество психиатров
Комиссия по работе с молодыми учеными и специалистами РОП
Всемирная психиатрическая ассоциация



**Сборник трудов
ПОБЕДИТЕЛЕЙ И УЧАСТНИКОВ
XI ВСЕРОССИЙСКОЙ ШКОЛЫ
МОЛОДЫХ ПСИХИАТРОВ**



Суздаль
2013

**Комиссия по оценке
трудов молодых
психиатров:**

Бобров Алексей Евгеньевич
(МНИИП, блок: Клиническая психиатрия)

Иванов Станислав Викторович
(НЦПЗ РАМН, блок: Клиническая психиатрия)

Карвасарский Борис Дмитриевич
(НИПНИ им. В.М. Бехтерева, блок: Психотерапия)

Крылов Владимир Иванович
(СПбГМУ им. И.П. Павлова, блок: Клиническая психиатрия)

Ткаченко Андрей Анатольевич
(ГНЦССП им. В.П. Сербского, блок: Организация
психиатрической помощи)

Шмуклер Александр Борисович
(МНИИП, блок: Организация психиатрической помощи)

**Сборник подготовили
и отредактировали:**

Медведев И.Л.,

Мартынихин И.А.,

Боброва М.А.

Ответственный за выпуск:

Председатель Оргкомитета Школы проф. Морозов П.В.

Часть 1.
Сборник трудов
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ-ПСИХИАТРОВ
– ПОБЕДИТЕЛЕЙ ШКОЛЫ

Содержание

Структура личности (аффективность) и тревожно-депрессивные расстройства у больных системной склеродермией	
Аронов П.В.	8
Оценка клинико-психологического статуса ВИЧ-инфицированных больных шизофренией	
Бакунина Н.С.	9
Комплексное принудительное лечение психически больных, совершивших сексуальные правонарушения	
Басинская И.А.	10
Психологическая диагностика детско-родительских отношений в семьях военнослужащих, участвовавших в боевых действиях	
Генгер М.А.	12
Использование стандартизованных шкал в целях прогнозирования внутрибольничной агрессии со стороны больных, находящихся на принудительном лечении	
Григорьев И.С.	14
Созависимость в семьях больных шизофренией	
Денисенко М.К.	16
Сравнительный анализ клинико-динамических проявлений и показателей социального функционирования у больных шизофренией, злоупотребляющих различными психоактивными веществами	
Добровольская А.Е.	18
Психопатологическое обследование онкологических больных с высоким уровнем алекситимии	
Жиляева Т.В.	19

Особенности контингента больных шизофренией с феноменом «больничного проживания»	
Ильин И.В.	21
Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края	
Ишимбаева А.Н.	22
Особенности нарушений половой идентичности у лиц с гомосексуальной педофилией	
Колоколов А.В.	24
Анализ психических и соматических осложнений у пациентов с нарушениями пищевого поведения в период адаптации к лечению	
Коршунова А.А.	25
Гендер-специфические клинико-социальные предикторы повторных общественно опасных деяний у лиц с органическими психическими расстройствами	
Кузнецов Д.А.	27
Психологические аспекты диагностики бреда	
Кузнецов И.В.	29
Первично диагностированная умственная отсталость у детей Забайкальского края (клинико-статистический анализ)	
Лебедева Ю.В.	30
Клинико-социальные факторы риска внутрибольничной агрессии у женщин, находящихся на принудительном лечении	
Макурина А.П.	32
Психические расстройства у бездомных (структура и распространенность)	
Мальцева А.В., Милехина А.В., Портнова А.А.	33
Атипичная депрессия при биполярном и монополярном аффективном расстройстве	
Марачев М.П.	35

Сравнительный анализ лиц разных возрастных групп с установленным диагнозом органического шизофреноподобного расстройства	
Марков П.В.	36
Особенности аффективных расстройств у женщин с криптогенной парциальной эпилепсией	
Медведев И.Л.	38
Медико-социальная роль семьи в терапии лиц с психическими расстройствами	
Петров Д.С.	40
Аддитивные свойства карбамазепина: иной взгляд на известный препарат	
Простяков А.И.	41
Исследование качества жизни пациентов реабилитационных отделений психиатрических стационаров двух регионов: Санкт-Петербурга и Оренбурга	
Руденко В.В., Случевская С.Ф.	43
Гипергомоцистеинемия как маркер органической предрасположенности при шизофрении: факт или фантазия исследователя?	
Симаков О.Я.	45
Диагностика начальных когнитивных (преддементных) расстройств у больных на ранних стадиях рассеянного склероза	
Синицына К.В.	46
Клинические проявления, коморбидность и ранние исходы синдрома Аспергера	
Сомова В.М.	48
Сравнительная характеристика качества ремиссий при эндогенных приступообразных психозах, формирующихся на психофармакотерапии антипсихотиками разных поколений	
Столяров С.А.	50

Особенности восприятия зрительных иллюзий больными шизофренией с галлюцинаторной симптоматикой	
Толмачева Е.А.	51
Качество жизни больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и сопутствующей соматической патологией	
Халикова А.Р.	53
Стрессовые факторы и психические расстройства при болезни Шегрена	
Шеломкова О.А.	55
Патофизиологические механизмы и способы коррекции нейрорепродуктивных сексуальных нарушений	
Штарк Л.Н.	56

Структура личности (аффективность) и тревожно-депрессивные расстройства у больных системной склеродермией

Аронов П.В.

*Институт повышения квалификации Федерального
медико-биологического агентства России, Москва*

Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью тревожно-депрессивных расстройств при системной склеродермии (ССД), а также необходимостью разработки комплексного подхода к диагностике и лечению таких больных.

Цель исследования – изучить структуру личности (аффективности) и тревожно-депрессивные расстройства у больных системной склеродермией для разработки комплексной диагностики этих расстройств. В нашем исследовании на первом этапе было отобрано 132 пациента с диагнозом системная склеродермия, они прошли скрининг (с помощью скрининговой карты, госпитальной шкалы тревоги и депрессии и шкалы индекса хорошего самочувствия) на расстройства тревожно-депрессивного спектра (РДТС). На следующем этапе у 82 больных было проведено углубленное клинико-неврологическое и патопсихологическое обследования. По результатам двух исследований были выделены 70 больных в основную группу исследования.

В результате проведенных исследований оказалось, что частота встречаемости РДТС среди больных, страдающих ССД, определяемая в соответствии со скрининговой диагностикой, составляет в среднем 2/3 (от 64% до 81% в зависимости от методики). В соответствии с критериями МКБ-10, среди больных ССД наблюдается преобладание дистимии (35%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (22%), а также выявлялись смешанная тревожная и депрессивная реакция в рамках РА (17%), генерализованное тревожное расстройство (10%), посттравматическое стрессовое расстройство (7%), пролонгированная депрессивная реакция в рамках РА (4%), кратковременная депрессивная реакция в рамках РА (3%), рекуррентная депрессия (2%). Распределение больных по типу ядерного аффекта оказалось следующим: апатический – 74%, тревожный – 16% и тоскливый – 10%. При анализе клинико-психо-

патологических особенностей РТДС были выделены 6 вариантов: тревожно-апатический (44%), тревожный (17%), тоскливо-апатический (15%), тревожно-тоскливый (17%), тоскливый (4%), дисфорно-апатический (1%). Наиболее часто в структуре РТДС встречается тревожный синдром.

Оценка клинико-психологического статуса ВИЧ-инфицированных больных шизофренией

Бакунина Н.С.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. С каждым годом число ВИЧ-инфицированных лиц неуклонно растет, и появление больных с этим диагнозом в психиатрических стационарах оказалось неизбежным. Показатель заболеваемости ВИЧ в России за 2012 год составил 37,7 на 100 тыс. населения. В результатах многочисленных эпидемиологических исследований убедительно показано, что распространенность лиц с положительным ВИЧ статусом среди пациентов с психическими расстройствами значительно выше, чем во всей популяции (Халезова Н.Б., 2011). Больные шизофренией находятся в группе повышенного риска инфицирования ВИЧ (Owe-Larsson B., Sall L., 2009). Это обстоятельство диктует необходимость исследования особенностей клинической картины шизофрении при сопутствующей ВИЧ-инфекции.

Цель исследования – оценка клинико-психологического статуса ВИЧ-инфицированных больных шизофренией. Задачи исследования: 1. Выявить особенности ретроспективной оценки первоначальной эмоциональной реакции при столкновении с диагнозом ВИЧ в исследуемых группах методом клинического интервьюирования; 2. Определить основные типы отношения к заболеванию, выраженность депрессивных и тревожных расстройств, а также когнитивного дефицита у исследуемых групп методом анкетирования.

Материалы и методы. Выборка составила 2 группы: первая группа – 14 пациентов психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко с диагнозами шизофрения и ВИЧ-инфекция, вторая группа – 14

пациентов Городской инфекционной больницы им. С.П. Боткина с диагнозом ВИЧ-инфекция. К обследуемым группам были применены следующие методы: клиническое интервьюирование, Шкала Гамильтона, Тест Спилбергера-Ханина, Личностный опросник Бехтеревского института, Международная Шкала ВИЧ-деменции.

Результаты. Пациенты первой группы при ретроспективной оценке первоначальной эмоциональной реакции при столкновении с диагнозом ВИЧ затрудняются ответить, отвечают неохотно, равнодушно, демонстрируют анозогнозию в отношении соматического неблагополучия, интерпретируют в контексте своих бредовых переживаний. Во второй группе пациентов преобладают тревога, страх, субъективное “чувство шока”, паника, растерянность, оглушенность, нереальность происходящего, обида, желание отомстить половому партнеру. Основные типы отношения к заболеванию в обеих группах – эргопатический, сенситивный, анозогнозический. В первой группе отмечается незначительная выраженность тревоги и депрессии. Во второй группе выраженность тревоги и депрессии достигает средних значений. Все исследуемые пациенты имеют признаки ВИЧ-ассоциированной деменции легкой, умеренной и тяжелой степени.

Выводы. Отсутствие критики к наличию ВИЧ-инфекции среди больных шизофренией обуславливает необходимость тщательной работы по формированию осознания соматического неблагополучия и социальной ответственности этой категории больных. Наличие прогрессирующих ВИЧ-ассоциированных когнитивных расстройств и реакций невротического спектра требуют соответствующей фармакологической коррекции.

Комплексное принудительное лечение психически больных, совершивших сексуальные правонарушения

Басинская И.А.

Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением

Актуальность. Проблема сексуальных правонарушений в стране

и в мире в настоящее время приобрела особую значимость. Значительное число сексуальных правонарушений совершают психически больные, страдающие наряду с основным психическим расстройством, парафилиями.

Цель исследования – разработка алгоритма комплексного принудительного лечения психически больных, совершивших сексуальные правонарушения. Задачи исследования: 1. Установление психопатологических показаний и противопоказаний применения антиандрогенов в принудительном лечении психически больных – сексуальных правонарушителей при различных вариантах коморбидности; 2. Выявление особенностей комбинированного применения антиандрогенов и психотропных препаратов.

Материал исследования: 80 мужчин, больных шизофренией, органическими расстройствами личности, умственной отсталостью и расстройствами сексуального предпочтения, совершивших противоправные сексуальные деяния и находящиеся на принудительном лечении в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. При анализе терапии антиандрогенами было выделено две группы больных: 1 группу составили 52 пациента с парафилиями, во 2 группу вошли 28 пациентов без парафилий. Методы исследования: клинико-психопатологический, сексологический, эндокринологический, экспериментально-психологический, статистический.

Результаты. Психопатоподобный синдром в анамнезе преобладал над другими синдромами в обеих группах – 34,6% и 28,6%. В 1 группе, на момент совершения деликта, наиболее характерными были смешанный аффективный – 36,5% и 10,7%, и дисфорический – 40,4% и 17,9% – синдромы. Во 2 группе достоверно чаще встречался психопатоподобный синдром – 23,1% и 50%. Всем пациентам было проведено исследование уровня гормонов – пролактина (П), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ) и тестостерона (Т). Пациентам 1 и 2 групп был назначен антиандрогенный препарат ципротерон ацетат пролонгированного действия для инъекций. Все пациенты, у которых отмечалось снижение уровня Т, ФСГ, ЛГ, и увеличение уровня П были разделены на две подгруппы: с положительной клинической динамикой – 47 человек (58,8%) и без клинического улучшения – 14 человек (17,5%). Наряду с приемом ципротерона ацетата всем пациентам проводилась

психофармакотерапия, а также психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия.

Выводы:

1. Алгоритм комплексного лечения психически больных лиц, в том числе с парафилиями, совершивших сексуальные правонарушения, кроме психофармакологического воздействия, должен предусматривать применение антиандроэнов и психотерапию.

2. Показаниями к применению антиандроэнов, кроме наличия парафилии и гиперсексуальности, являются смешанные аффективные состояния и дисфорические синдромы независимо от нозологической принадлежности. Противопоказаниями являются резистентность к антиандроэнам, апатические состояния, относительным противопоказанием – психопатоподобные состояния при умственной отсталости.

3. При комбинации антиандроэнов с психофармакологическим лечением (нейролептики, ингибиторы обратного захвата серотонина, нормотимики) каких-либо нежелательных действий не выявлено.

Психологическая диагностика детско-родительских отношений в семьях военнослужащих, участвовавших в боевых действиях

Генгер М.А.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Актуальность. Проблема психологических последствий участия в боевых действиях является актуальной в условиях современной политической нестабильности в мире. Анализ проводимых психологами исследований показал, что проблема семьи изучается преимущественно в рамках рассмотрения супружеских взаимоотношений, оставляя за скобками детско-родительские отношения.

Цель и задачи. На основе теоретического анализа проблемы не-

обходимо разработать модель детско-родительских отношений и выявить соответствующие методы их психологической диагностики; провести эмпирическое исследование.

Материалы и методы. Исходя из теоретического анализа психологической литературы, детско-родительские отношения мы рассматривали по следующим параметрам:

- 1) Когнитивный: особенности воспитательной установки родителя, принципы воспитания;
- 2) Эмоциональный: характер эмоциональных связей;
- 3) Поведенческий: непосредственное проявление когнитивных воспитательных установок родителя.

Для проведения психологической диагностики особенностей детско-родительских отношений целесообразно использовать следующие методики:

- 1) Диагностика когнитивного параметра: опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер), заполняемый родителями;
- 2) Диагностика эмоционального параметра: проективная методика «Семейная социограмма», выполняемая родителями и детьми;
- 3) Диагностика поведенческого параметра: опросник диагностики межличностных отношений (Т. Лири), с помощью которого дети оценивают отношения со своими родителями.

Всего в исследовании приняло участие 257 человек, 80 семей военнослужащих в возрасте от 30 до 47 лет, проходящих военную службу на различных должностях, в различных регионах Российской Федерации (в 40 из них отцы являлись участниками различных боевых действий в период с 2000 по 2008 годы).

Результаты и обсуждение. Сравнительное исследование детско-родительских отношений показало, что детско-родительские отношения в семьях участников боевых действий характеризуются несколькими аспектами. Когнитивная составляющая:

1. Неустойчивость стиля воспитания.

2. Непонимание родителями своей причастности к возникновению проблем у ребенка.

Эмоциональная составляющая:

1. Неустойчивость эмоционального отношения к ребенку.

2. Значимая психологическая дистанция в отношениях между отцом и ребенком.

Поведенческая составляющая: Ригидность поведения родителя по отношению к ребенку.

Выводы. Таким образом, выявленные особенности детско-родительских отношений в семьях участников боевых действий связаны со специфическими особенностями личности военнослужащих (импульсивностью, ригидностью, повышенной тревожностью и т.д.). Кроме того подобный дисбаланс в отношениях может являться психологическим последствием участия родителей в боевых действиях. Выявленные особенности детско-родительских отношений могут отрицательно сказываться на особенностях развития личности детей в этих семьях и вести за собой развитие детско-родительских проблем.

Использование стандартизованных шкал в целях прогнозирования внутрибольничной агрессии со стороны больных, находящихся на принудительном лечении

Григорьев И.С.

*Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца,
Санкт-Петербург*

Актуальность. Повышение надежности прогноза агрессивного поведения пациентов, находящихся на принудительном лечении, остаётся актуальной научно-практической проблемой.

Цель и задачи. Оценить возможность применения шкал PCL-R, PCL-SV, HCR-20 для прогнозирования внутрибольничной агрессии. Ставились задачи выявления взаимосвязей проявлений физической

агрессии в стационаре, а также перевода пациентов на более строгий режим содержания с признаками, представленными в этих шкалах.

Материалы и методы. С помощью HCR-20, PCL-R и PCL-SV обследован 181 пациент мужского пола в возрасте от 18 до 78 лет, проходящие принудительное лечение в Санкт-Петербургской психиатрической больнице Святого Николая Чудотворца и Санкт-Петербургской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением. 93 пациента (51,4%) совершали акты физической агрессии в стационаре, у 88 (94,6%) из этой группы отмечались прочие нарушения режима, 88 (48,6%) не совершали актов физической агрессии, однако у 26 из них (29,5%) регистрировались нарушения больничного режима. 100 (55,2%) из общей выборки переводились на более строгие условия принудительного лечения. Данные получены при изучении официальной документации и при непосредственной оценке психического статуса пациентов. В ходе статистической обработки данных использовался корреляционный метод и анализ ROC кривых.

Результаты и обсуждение. Были выявлены достоверные корреляции проявлений физической агрессии с суммарной оценкой по шкалам HCR-20, PCL-R и PCL-SV, а также со многими факторами, представленными в этих шкалах. Выявлена хорошая прогностическая значимость шкал как в отношении проявлений физической агрессии (HCR-20 – AUC=0,786; PCL-SV – AUC=0,708; PCL-R – AUC=0,746), так и в отношении перевода на более строгий этап принудительного лечения (HCR-20 – AUC=0,818; PCL-SV – AUC=0,742; PCL-R – AUC=0,765). Шкала HCR-20 имеет более высокую прогностическую значимость, чем шкалы оценки выраженности психопатии – это во многом объясняется тем, что шкала PCL-R и ее скрининговая версия PCL-SV оценивают лишь малоизменяемые, статичные факторы, HCR-20 кроме личностных и анамнестических факторов, предполагает оценку динамичных клинических и ситуационных компонентов. Это особенно важно при выписке и переводе пациента на менее строгие этапы принудительного лечения.

Выводы. Выявлена взаимосвязь проявлений агрессии с факторами риска, представленными в шкалах PCL-R, PCL-SV, HCR-20. Лечение пациентов, имеющих высокий суммарный балл по данным шкалам, неэффективно в менее строгих условиях принудительного

лечения. Шкалы могут быть использованы как вспомогательные инструменты для оценки вероятности проявления внутрибольничной агрессии в отделениях, осуществляющих принудительное лечение. Применение HCR-20 возможно для этапной оценки и при смягчении режима содержания, шкал PCL-R, PCL-SV – при рекомендации вида принудительного лечения на этапе судебно-психиатрической экспертизы и при выборе режима содержания в отделении.

Созависимость в семьях больных шизофренией

Денисенко М.К.

*Клиническая психиатрическая больница №1,
Нижний Новгород*

Целью данной работы является исследование уровня созависимости в семьях больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, длительностью заболевания не более 10 лет с момента установления диагноза и проходящих лечение в дневном стационаре.

Задачи – определить уровень созависимости у родственников больных шизофренией и шизоаффективным расстройством; определить имеется ли связь степени выраженности созависимости с длительностью и частотой обострений у пациентов; влияет ли уровень созависимости на степень выраженности психопатологической симптоматики; определить изменяется ли уровень созависимости после участия родственников в психообразовательной группе; определить имеется ли связь между степенью выраженности созависимости и уровнем нагрузки на семью. Материалы и методы. В исследование было включено 25 семей пациентов, страдающих шизофренией и шизоаффективным расстройством. В работе использовались следующие опросники: тест на созависимость Уанхольдов, шкала оценки нагрузки на семью, опросник для оценки проблем, возникающих при уходе за больным, PANSS. Оценка результатов осуществлялась до и после участия родственников в психообразовательной группе и через год после вмешательства. Обработка результатов производилась с помощью программы Statistica, для сравнения парных выборок использовался статистический критерий знаков Уилкоксона, для корреляционного анализа использовались коэффициент ранговой

корреляции Спирмена и Кендалла.

Результаты. Согласно полученным данным у родственников больных выявляется высокая степень созависимых моделей (44,3 (медиана – 43)). После посещения психообразовательных групп степень созависимости также остается высокая и соответствует (42,3 (медиана – 42); $p=0,19$) сразу после вмешательства, (41,8 (медиана – 42); $p=0,07$) через 6 месяцев и (42,3 (медиана – 41); $p=0,06$) через год. Однако была выявлена связь между степенью выраженности созависимости и уровнем проблем, которые родственники отмечают при уходе за больным $R=0,5$ ($p=0,01$). Также есть связь между отрицательным опытом, формирующимся у родственников, и степенью выраженности созависимости у них $R=0,5$ ($p=0,03$). В проведенном нами исследовании не было обнаружено статистически значимой взаимосвязи между частотой и длительностью госпитализаций пациентов в круглосуточный $\text{Tau}=-0,02$ ($p=0,9$); $R=0,05$ ($p=0,8$) и дневной стационары $\text{Tau}=0,01$ ($p=0,9$); $R=0,04$ ($p=0,8$) и уровнем созависимости у родственников. Также не была обнаружена статистически значимая связь между степенью выраженности психопатологических симптомов по шкале PANSS и уровнем созависимости у родственников $R=-0,07$ ($p=0,8$).

Выводы. У родственников больных шизофренией и шизоаффективным расстройством имеется высокий уровень созависимости, который не изменяется после прохождения ими психообразовательной группы. Уровень созависимости у родственников связан со степенью выраженности их нагрузки при уходе за больным. Степень выраженности созависимости у родственников не влияет на частоту и длительность обострений у пациентов и степень выраженности их психопатологических симптомов.

Сравнительный анализ клинико-динамических проявлений и показателей социального функционирования у больных шизофренией, злоупотребляющих различными психоактивными веществами

Добровольская А.Е.

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

Санкт-Петербург

Введение. Злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) у больных с расстройствами шизофренического спектра существенно меняет клинику, течение основного заболевания.

Цель: выявить и сопоставить особенности клинико-динамических проявлений и показателей социального функционирования пациентов с расстройствами шизофренического спектра, употребляющих ПАВ. Материалы и методы. Обследовано 92 пациента, поступивших в психиатрический стационар. Критерии включения: возраст старше 18 лет, наличие «двойного» диагноза, соответствующего рубрикам F2 и F1 МКБ-10, наличие в анамнезе не менее 10-летнего наблюдения психиатрической службой. В зависимости от предпочитаемого ПАВ все пациенты были распределены в две группы: 1 группа – больные шизофренией, злоупотребляющие алкоголем – 56 человек, 2 группа – больные шизофренией, осложнённой полинаркотической зависимостью – 36 человек. Выраженность психотических проявлений при поступлении в стационар оценивалась по шкале PANSS, социальное функционирование по шкале PSP.

Результаты исследования. Средний возраст больных в 1 группе был значимо выше ($43,0 \pm 10,1$ против $34,4 \pm 7,4$, $p < 0,05$). В обеих группах преобладали неработающие больные, инвалиды III и II групп по психическому заболеванию, не состоящие в браке и не имеющие постоянного партнёра. Употребление наркотических средств у больных 2 группы начиналось в более раннем возрасте, чем алкоголя у больных 1 группы ($16,5 \pm 3,4$ против $21,8 \pm 8,1$, $p < 0,05$). Возраст первых проявлений психических нарушений был значимо ниже у

пациентов 2 группы ($16,5 \pm 6,5$ против $20,4 \pm 9,9$, $p < 0,05$). Также и возраст больных к моменту возникновения первого психотического эпизода во 2 группе был меньше ($22,0 \pm 5,9$ против $26,8 \pm 10,2$, $p < 0,05$). При обследовании по шкале PANSS во 2 группе средний балл был выше по всем подшкалам. Средний балл при оценке позитивных симптомов составил $26,2 \pm 7,0$ против $20,6 \pm 7,2$, $p < 0,05$, по подшкале негативных симптомов – $26,4 \pm 4,3$ против $24,6 \pm 2,7$. Межгрупповые различия имели тенденцию к значимости ($p = 0,061$). Средний балл по подшкале общепсихопатологических симптомов во 2 группе был также выше ($56,4 \pm 8,4$ против $51,7 \pm 5,5$, $p < 0,05$). Уровень социального функционирования был выше в 1 группе, чем во 2. Средний балл по шкале PSP составил в ней $37,8 \pm 11,6$ против $28,8 \pm 14,3$, $p < 0,05$.

Заключение. Полученные результаты с одной стороны могут свидетельствовать об усилении психотической активности и усугублении дефекта в результате полинаркотизации. С другой стороны, возможно изначально более прогрессивные и неблагоприятные формы шизофрении служат почвой для формирования полизависимостей.

Психопатологическое обследование онкологических больных с высоким уровнем алекситимии

Жиляева Т.В.

Нижегородская государственная медицинская академия

Актуальность. Алекситимия – неспособность осознавать и выражать словами собственные эмоции. В ряде исследований был показан высокий уровень алекситимии у онкобольных, обнаружены корреляции между алекситимией и низким противоопухолевым иммунитетом. Однако в этих работах не были исключены психические расстройства пациентов, которые могли повлиять на результаты исследования алекситимии.

Цель – анализ взаимосвязи уровня алекситимии у онкобольных с психопатологическими особенностями у них, что необходимо для решения задачи: является ли алекситимия независимой характеристикой онкобольных и фактором риска заболевания, либо резуль-

таты исследования с помощью стандартных методик отражают взаимосвязь алекситимии с психическими расстройствами пациентов. Материалы и методы. С помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS) были опрошены онкопациенты ($n=107$) и 22 здоровых человека. Все больные были обследованы психопатологическим методом, дополненным шкалами HADS и MMSE.

Результаты. Среди онкобольных средний уровень алекситимии составил $70,89 \pm 1,32$, в контрольной группе – $55,45 \pm 4,92$ баллов ($p < 0,001$). Таким образом, онкопациенты действительно характеризуются высоким уровнем алекситимии. Однако согласно психопатологическому обследованию, у них встречается большое количество психических расстройств. Когнитивные расстройства были диагностированы с помощью критериев МКБ-10 (F06.7, F07.0) и методики MMSE. Согласно полученным данным, среди пациентов с этими расстройствами ($n=42$) высокий уровень алекситимии имеют 81%, а среди пациентов без диагностированных когнитивных расстройств ($n=76$) – 32,9%. Связь между наличием когнитивных расстройств и высоким уровнем алекситимии статистически высоко значима ($p < 0,001$, критерий Фишера). Среди неалекситимичных больных (TAS ≤ 62 , $n=29$) депрессивных расстройств не выявлено (0%), среди алекситимичных (TAS ≥ 74 , $n=59$) депрессия выявлялась в 25,4% случаев. Связь между алекситимией и депрессией высоко значима ($p = 0,0004$, критерий Фишера), что согласуется с данными литературы. У 96,6% алекситимичных онкопациентов выявлены те или иные психические расстройства, связь между алекситимией и наличием любого психического расстройства высоко значима ($p < 0,001$, критерий Фишера). Кроме того, обнаружено, что уровень образования пациентов обратно коррелирует с уровнем алекситимии: среди пациентов с высшим образованием, людей с выраженной алекситимией 20,7%, среди пациентов с незаконченным средним образованием – 71,8% ($p < 0,001$, критерий χ^2). Вероятно, образование формирует словарный запас, которым пациент выражает эмоции, но при этом у пациента не нарушен процесс осознания и вербализации эмоций.

Выводы. Результаты подтверждают взаимосвязь алекситимии онкобольных с психопатологическими особенностями и низким уровнем образования. В связи с этим рассматривать алекситимию в качестве фактора риска онкозаболеваний на основании исследований с помощью психометрических шкал необходимо с осторожностью.

Особенности контингента больных шизофренией с феноменом «больничного проживания»

Ильин И.В.

*Тульская областная клиническая психиатрическая
больница №1 им. Н.П. Каменева*

Актуальность. Среди контингента психиатрических больниц можно выделить группу пациентов, находящихся на лечении очень длительное время. Количество таких больных велико (ими заняты 20% и более всех психиатрических коек). Многих из них по объективным причинам невозможно выписать из больницы, но часть сохранила реабилитационный потенциал. Среди «осевших» больных преобладают лица, страдающие шизофренией.

Цель и задачи. Описать социальные и клинические характеристики больных с феноменом «больничного проживания», оценить их потребность в реабилитационной помощи. Материалы и методы. Обследованы 330 больных (51,2% мужчин и 48,8% женщин) с установленным диагнозом шизофрении, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре. Средний возраст – 52 года. Применялась специально разработанная анкета из 77 вопросов. Статистическая обработка – в программе Statistica 6.1.

Результаты и обсуждение. У 53,7% больных был установлен диагноз параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения, у 39,4% – параноидной шизофрении с непрерывным типом течения, 3,3% больных страдало простым и детским типом шизофрении, 3,6% – гебефренической, кататонической, псевдоневротической, психопатопоподобной шизофренией и шизоаффективным вариантом приступообразной шизофрении. Сопутствующий диагноз зависимости от алкоголя или других психоактивных веществ имели 60 человек (18,2%). 7% госпитализаций – по социальным показаниям. Стаж заболевания более 15 лет имели 80,9% больных. Суммируя количество койко-дней больного в каждом году, мы пришли к неутешительным результатам – в 2009-2011 гг. 52% больных находились в стационаре свыше 256 койко-дней (70% дней в году). Среди причин невозможности выписки есть как клинические – наличие массивной

продуктивной симптоматики (51,5%), выраженный апато-абулический дефект (27%), поведенческие нарушения, склонность к бродяжничеству, агрессивные тенденции (43%), так и социальные – утрата связей с близкими и родными (36,1%), отсутствие жилья – 18,8%; у 39,7% больных утрачены навыки независимого проживания. У 10,6% – конфликты в семье. Другие причины: явления «госпитализма», стигматизации (47,6%), рентные установки больных или их родственников (20,6%), нежелание опекунов забирать недееспособных родственников домой (6,4%). Потребность в медико-психосоциальной реабилитации велика – в инструментальной поддержке нуждаются 40,9% больных, в психообразовательной работе – до 69,4%. Половине больных (53,6%) необходим тренинг бытовых навыков, 74,2% – социально-психологический тренинг, 27% больных нуждаются в контрстигматизационных мероприятиях.

Выводы. Группа пациентов с феноменом «больничного проживания» крайне неоднородна и обширна. Данная категория больных «блокирует» нормальную работу психиатрической койки, однако простая выписка их из стационара малоэффективна. Необходимо решение комплекса клинических и социальных проблем пациентов путём проведения с ними интенсивных реабилитационных мероприятий.

Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края

Ишимбаева А.Н.

Читинская государственная медицинская академия

Российская Федерация занимает 4 место в мире по смертности от суицидов у детей и подростков, Забайкальский край является одним из 9 регионов, где показатели являются сверхвысокими. Однако детальный анализ проблемы не проводился.

Цель – установить клинико-эпидемиологические, социально-психологические и этнокультуральные особенности суицидального поведения у детей и подростков Забайкальского края. Материалы и методы. Проведен анализ суицидального поведения детей и подростков края, включая 2 района с преобладающим бурятским

населением. Завершенные суициды изучены ретроспективно (1999-2011 гг.) по данным Госстатистики и бюро судебно-медицинской экспертизы; парасуициды – ретроспективно (1995-2011 гг.) и одно-моментно клинически (n=28); суицидальные тенденции («риск») – одномоментно в общей популяции респондентов (n=1231).

Результаты и обсуждение. Смертность по причине суицидов у детей и подростков в Забайкальекратно выше, чем в РФ. Выделены периоды: 1) увеличение показателей (1999-2003 гг.) с максимумом в 2002 году (30,2 на 100 000); 2) некоторое снижение – от 26,4 в 2004 году до 16,9 в 2010 году. В 2011 году показатель вновь увеличился (24,3 на 100 000), однако оценивать его можно лишь в динамике. Большую часть суицидентов составляют мальчики (3-3,5 : 1); подростки (0-14 / 15-19 лет 2 : 1 - 7 : 1); проживающие в селе (село / город 2 : 1). Самым частым способом является самоповешение (74%), 39,5% суицидов совершено в алкогольном опьянении. За 17 лет в стационары краевого центра по поводу парасуицида госпитализированы 584 ребенка и подростка. Большую часть респондентов составили подростки (87%), девочки (77%), из города (84%). Преобладающий способ – отравление медикаментами (89,5%), 23% составили парасуициды в алкогольном опьянении. Клинически у 70% детей и 55% подростков диагностирована пограничная психическая патологии с эмоциональными и волевыми нарушениями. «Суицидальный риск» выявлен у 61% детей и подростков, в 46% случаев тенденции достигают уровня замыслов и намерений. «Риск» более выражен у девочек, подростков, из дисгармоничных семей и детских домов. Ведущими просуицидальными мотивациями являются «невыносимость страдания» и «манипуляция другими»; из антисуицидальных имеются как конструктивные (религиозная, моральная, когнитивная), так и психологически приемлемые для детско-подросткового возраста (ожидание перемен к лучшему, нарциссическая и этическая).

У детей и подростков русской национальности удастся проследить этапы формирования суицидальных тенденций (антивитальные переживания → пассивные мысли → замыслы → намерения → действия). У лиц бурятской национальности этапность отсутствует и намерения формируются в более сжатые сроки. Факторный анализ показал, что в основе суицидального поведения в детско-подростковой популяции Забайкалья лежит биологическая предрасположенность.

Значимость ее в русской популяции повышается при дисгармоничном воспитании.

Выводы. Результаты можно использовать в профилактической работе, при психотерапии и психокоррекции несовершеннолетних парасуицидентов.

Особенности нарушений половой идентичности у лиц с гомосексуальной педофилией

Колоколов А.В.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Цель исследования: изучение особенностей нарушения половой идентичности у лиц с гомосексуальной педофилией. Материал и методы. Было проведено обследование 2 групп подэкспертных. Первую группу составляли 16 лиц с гомосексуальной педофилией, вторую – 16 лиц с гетеросексуальной педофилией. Оценка расстройств половой идентичности проводилась по шкале, разработанной Г.Е. Введенским (2000).

Результаты и выводы. Для лиц с гомосексуальной педофилией характерно предпочтение внешних атрибутов противоположного пола, что может говорить о том, что они ощущают себя более фемининными, идентифицируя себя с образом «женщины». Негативное восприятие собственного телесного облика, физиологических проявлений, естественных для своего паспортного пола свидетельствует о том, что они менее удовлетворены своими телами, чем лица с гетеросексуальной педофилией, возможно, из-за несоответствия идеалу маскулинности. Идеал внешних признаков маскулинности, очевидно, является следствием слабой дифференцировки физического образа «Я», когда воспринимаются только поверхностные характеристики без глубины психологического понимания. У лиц с гомосексуальной педофилией более высок уровень переживания психологического дискомфорта, непонимания сверстников своего пола, чем у лиц с гетеросексуальной педофилией. Данный факт говорит о нарушении коммуникации со сверстниками и может способствовать выбору незрелого объекта, что в ряде случаев

сопровождается идентификацией с ним. У лиц с гомосексуальной педофилией в меньшей степени выражено генерализованное негативное или амбивалентное отношение к противоположному полу с сосуществованием разнонаправленных эмоциональных установок в сравнении с гетеросексуальными, что сочетается с эмоционально положительным отношением к образу «женщины». При анализе данных было обнаружено, что негативное восприятие собственного телесного облика, непонимание сверстников своего пола, предпочтение увлечений, свойственных женской роли, амбивалентное отношение к половой принадлежности, предпочтение несексуального общения с женщинами соотносится с выраженной фемининностью лиц с гомосексуальной педофилией. Психологическая неудовлетворённость при нормативных гетеросексуальных контактах, представление инициативы в сексуальных контактах женщине отражает недостаточную интериоризированность половой роли. Элементы гиперролевого поведения у гомосексуальных педофилов сопровождаются невключенностью мужского полоролевого стереотипа в ценностную систему. Таким образом, можно говорить о наличии полоролевого конфликта у лиц обеих групп, в основе которого лежат нарушения полоролевой идентичности. При этом у гомосексуальных педофилов полоролевой конфликт носит «двойной» характер, отражающийся в искаженных представлениях в сфере сексуальных предпочтений не только по возрасту, но и по полу.

Анализ психических и соматических осложнений у пациентов с нарушениями пищевого поведения в период адаптации к лечению

Коршунова А.А.

Российский университет дружбы народов, Москва

Адаптация к лечению расстройств пищевого поведения сопряжена для пациентов с рядом осложнений. При переходе к «здоровому» режиму питания и отказе от патологического поведения пациенты предъявляют множественные жалобы на боли при приеме пищи, задержки стула, отеки, нарушения сна. Повышается уровень тревожности пациентов, снижается мотивация к лечению, возрастают

случаи рецидивов и отказов от продолжения лечения.

Цели исследования: проанализировать характерные для данного периода осложнения, определить группы риска, очертить круг возможных причин подобных проявлений в период начала терапии. Материалы и методы. В ходе работы были собраны и проанализированы данные 23 пациенток с различными формами нервной анорексии (n=12) и нервной булимии (n=11), госпитализированных в психиатрической больнице №14 города Москвы, в отделении №1. В течение всего периода госпитализации пациентам проводился мониторинг показателей крови, мочи и индекса массы тела (ИМТ). Учащенный мониторинг проводился в период первого месяца госпитализации. Собраны и проанализированы данные клинических наблюдений, пищевых дневников и психометрических тестов выполненных пациентами.

Результаты:

1. 47% всех колебаний веса более 2,5 кг в неделю и 74% колебаний более 3,5 кг в неделю фиксируются в первый из трех месяцев госпитализации.

2. При колебаниях веса более 1,5 кг в неделю, пациентки отмечают: резкое увеличение тревоги перед взвешиванием, возврат к рестриктивному поведению, отказ от потребления жидкости, усиление навязчивых действий направленных на “сжигание” калорий.

3. У 26% пациентов зафиксированы случаи резкого колебания веса (более 5 кг за 4 дня). Чаще у пациенток с ИМТ<14, аменореей и строго рестриктивным поведением.

4. В группе пациенток с ИМТ<16, увеличение веса на 2-3 кг в неделю приводит в среднем к уменьшению общего потребления калорий на 25-30%, в группе с ИМТ<16 – на 20%.

5. 82% всех пациентов предъявляли жалобы на отеки. Из них 21% пациентов резко ограничили объем потребления жидкости до 200-300 мл в сутки.

6. На фоне начала лечения усилилась гипокалиемия у 13% пациенток. Ухудшение показателей общего белка и фракции альбумина зафиксировано у 22% пациенток.

7. У 25% пациентов со злоупотреблением мочегонными в анамнезе выявлен повышенный уровень альдостерона крови.

Полученные результаты позволяют охарактеризовать начало госпитализации как период весовой и психоэмоциональной нестабильности. Находит свое подтверждение гипотеза о том, что именно весовые колебания являются главным триггером возврата к патологическому поведению в период начала госпитализации. Характер и объем весовых колебаний дают основания считать вероятной причиной этих колебаний нарушения водного баланса. Анализ биохимических показателей крови пациенток подтверждает два основных механизма задержки жидкости: безбелковые отеки и реактивное увеличение альдостерона крови. Сбалансированная диетотерапия и восстановление водного баланса могут существенно сократить количество осложнений на начальном этапе.

Гендер-специфические клиничко-социальные предикторы повторных общественно опасных деяний у лиц с органическими психическими расстройствами

Кузнецов Д.А.

Психиатрическая больница №5, Москва

Актуальность. Одной из важных современных задач судебной психиатрии является прогнозирование риска совершения психически больными повторных деликтов после прекращения стационарного принудительного лечения (СПЛ). По данным исследователей, доля повторных общественно опасных деяний (ООД) составляет от 40 до 60% всех деликтов, совершаемых психически больными (Яхимович Л.А. и соавт., 1994; Котов В.П., Мальцева М.М., 2001-2011). Практический интерес для исследования представляют пациенты с органическими психическими расстройствами (ОПР), в связи с их высокой криминогенностью (Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2002; Вандыш-Бубко В.В., 2011 и др.). Также актуально изучение роли гендерной специфики криминального поведения, поскольку количество работ, посвященных сравнительному анализу предикторов ООД психически больных в зависимости от половой принад-

лежности, немногочисленно (Качаева М.А., Русина В.В., 2010; Lart R. et al., 2008 и др.).

Цель, материалы и методы. В целях выделения нозо- и гендер-специфических предикторов риска совершения повторного ООД было проведено сравнительное изучение клинико-социальных характеристик больных ОПР (F02, F06, F07), проходящих СПЛ в психиатрической больнице №5 г. Москвы (25 – мужчин и 21 – женщин). Инструментом исследования являлась специально разработанная индивидуальная карта обследования психически больного, включающая в себя клинико-социальные данные о пациенте. Четыре группы были сформированы по нозологическому, гендерному и криминологическому факторам. Для обработки данных использовались: частотный анализ, анализ таблиц сопряженности, биномиальный тест, вычисление критериев Фишера, Фишера по Гублеру.

Результаты и обсуждение. Анализ по совокупной выборке пациентов проходящих ПЛ выявил переменные, которые вносят статистически значимый и достоверный вклад ($p < 0,05$) в отнесение больных к группам с повторными ООД. Гендер-специфическими для мужчин больных ОПР были: задержка физического и психического развития в раннем детском периоде; неоднократные ЧМТ и хронический алкоголизм в анамнезе; многократные суицидальные попытки в течение жизни; случаи нарушения внутрибольничного режима отмечались в течение всего срока ПЛ в стационаре; неблагоприятный социально-трудовой статус (отсутствие определённого места жительства, трудовой стаж – не более 3 лет, утрата связей с родственниками). Гендер-специфическими для женщин больных ОПР были: умеренно выраженное прогрессивное течение экзогенного психопатологического процесса; прошлыми правонарушениями были корыстные ООД без насилия (кража) и корыстные с насилием (разбой, грабёж); патогенное влияние микросоциальной среды (частые конфликты с отцом, грубое систематическое физическое и сексуальное насилие в детском и подростковом возрасте, в том числе со стороны близких родственников).

Выводы. Таким образом, были выявлены достоверные и значимые гендер-специфические предикторы повторных ООД, учёт которых будет способствовать более точному прогнозу общественной опасности лиц с ОПР, находящихся на СПЛ.

Психологические аспекты диагностики бреда

Кузнецов И.В.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

В настоящее время четких критериев, позволяющих дифференцировать бред от различных иных феноменологически сходных проявлений не выделено.

Цель исследования – поиск необходимых в этом ключе критериев путем выявления взаимосвязи когнитивных стилей с содержанием бредовых образований и роли фантазирования в их формировании.

Объект исследования: лица с бредовыми расстройствами различного генеза. Предмет исследования: фантазирование, когнитивно-стилевые характеристики лиц с различными видами бреда. Методы исследования: патопсихологические пробы, а также Тематический апперцептивный тест, тест Роршаха, тест Торренса. Было обследовано более 50 испытуемых с бредом различной нозологии, проходивших комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в период 2010-2012 гг. в ГНЦССП им. В.П. Сербского.

Результаты. У испытуемых с интерпретативным, чувственным и образным видами бреда, несмотря на конформность позиций и полезависимую оценку (чувственный и интерпретативный) при обсуждении тем нейтрального для них содержания, отмечалась выраженная полезависимость в анализе информации, трансформируемой в дальнейшем в психопатологические переживания. Лица с интерпретативным и чувственным видами бреда обнаруживали соответствующее фабуле концептуальных построений состояние депривации базовых потребностей, что сочеталось со стремлением к их удовлетворению на сознательном уровне в соответствии с трансформированными мотивационно-потребностной, аффективной и перцептивной сферами. Указанное сопровождалось наличием эмоционального напряжения, направленного на поиск выхода из обстоятельств, субъективно воспринимаемых как реальных. На фоне этого нарушалась оценка окружающей действительности, в ходе исследования это проявлялось в ложных трактовках стимульного материала. У лиц с интерпретативным бредом отмечалась суженность

восприятия, трудности переключения и субъективная интерпретация информации с привлечением значимого опыта и дальнейшим формированием идеаторных построений, что сочеталось с повышенными рефлексией и контролем над продукцией собственной мыслительной деятельности. Испытуемые с чувственным бредом были склонны к импульсивной фабулизации изображений с созданием сюжета с множеством нюансов и дополнительных деталей при отсутствии существенной реальной опоры в предъявленных стимульных изображениях. Больные с образным бредом обнаруживали выраженную полнезависимость, низкий уровень толерантности к нереальному опыту, легкость продуцирования различных вариантов интерпретаций в работе с проективными методиками с одновременной визуализацией, вживанием в собственную интерпретацию, трудностями дифференциации придуманных событий и объективной реальности.

Выводы: бредовые построения являются неоднородными по механизмам их образования и имеют свои специфичные характеристики, что представляется перспективным для использования в дифференциальной диагностики психических расстройств.

Первично диагностированная умственная отсталость у детей Забайкальского края (клинико-статистический анализ)

Лебедева Ю.В.

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной психиатрии в РФ является высокая распространенность умственной отсталости. Забайкальский край является одним из регионов страны, где эта проблема стоит особенно остро. При этом обращают внимание сверхвысокие показатели болезненности в подростковой популяции региона, в 3 раза превышающие таковые у детей. Такая статистика противоречит логике, поскольку умственная отсталость берет начало с рождения или в раннем детстве.

Цель – клинико-статистический анализ первично диагностированной умственной отсталости у детей Забайкальского края.

Материалы и методы. Разработана анкета, включающая социально-демографические и клинические сведения (18 пунктов). Статистическую обработку проводили при помощи пакета программ Statistica 6.0 с оценкой значимости по критерию χ^2 . Сплошным методом были проанализированы амбулаторные карты детей от 0 до 15 лет ($n=1125$), состоящих на учете в Краевом психоневрологическом диспансере с диагнозом «Умственная отсталость» (F7 по МКБ-10).

Результаты и обсуждение. Демографический анализ показал, что 83,2% детей ($p<0,001$) проживают в районах Забайкалья, меньшая часть – в краевом центре (г. Чита). По гендерному соотношению преобладали мальчики (2:1; $p<0,05$). Выявлена высокая частота установления диагноза F7 в препубертатном и пубертатном возрасте (15,3%), а также у детей 8-10 лет (47,7%). Особую актуальность это приобретает в районах края, где почти в 70% случаев ($p<0,001$) диагноз умственной отсталости впервые выставляется после 9 лет. При этом в большинстве указанных районов имеются врачи-психиатры. Большая часть детей (84,1%, $p<0,001$) до установления умственной отсталости на учете у психиатра не состояли. У остальных ранее стоял диагноз задержки психического развития социального (F8) и отчасти – органического генеза (F06.7), при этом около 26,5% детей лечение по поводу указанной патологии не получали. Поздняя диагностика умственной отсталости наиболее характерны для детей из социально неблагополучных семей (особенно из районов), а также для воспитанников детских домов (несмотря на диспансеризацию). Выявлено, что 68,2% всех детей с диагнозом умственной отсталости состоят на консультативном учете у психиатра. В районах края соотношение «Д» и «К» групп составляет 1:2,4, в городе – 1:1,2. При этом в консультативную группу входит достаточно большое число детей старшего школьного возраста (35%). Анализ образовательного маршрута показал, что лишь 38,3% детей с F7 обучается по специальным программам (VII, VIII вида), значительное число учатся в обычных общеобразовательных школах (15,1%) или не обучаются.

Выводы. В Забайкалье имеется проблема поздней диагностики умственной отсталости у детей. Выявленные закономерности, вероятно, связаны с недостаточным развитием внутри- и межведомственного взаимодействия: педиатрическая служба – врачи-психиатры; врачи-психиатры – психолого-медико-педагогическая комиссия; психолого-медико-педагогическая комиссия – образовательные учреждения.

Клинико-социальные факторы риска внутрибольничной агрессии у женщин, находящихся на принудительном лечении

Макурина А.П.

*Государственный научный центр социальной и судебной
психиатрии им. В.П. Сербского, Москва*

Актуальность. Предотвращение внутрибольничной агрессии лиц с психическими расстройствами представляет собой серьезную клиническую задачу. Практика и исследования последних лет продемонстрировали, что инциденты или нарушения режимных требований во время принудительного лечения (ПЛ) не могут быть спрогнозированы на основании тех же самых критериев, которые используются для прогноза повторных случаев антисоциального поведения уже после прекращения ПЛ (Булыгина В.Г., 2011; Гайдова Н.А., Кузнецов Д.А., Булыгина В.Г., 2010).

Цель: исследование психологических факторов внутрибольничной агрессии различных категорий больных в зависимости от нозологической принадлежности.

Материал исследования: 101 человек женского пола, находящихся на принудительном лечении. Пациенток с диагнозом шизофрения и органическим психическим расстройством примерно поровну. Методический комплекс: методика самоотчёта SCL-90 (Derogatis L.R., 1974); опросник самоконтроля (Грасмик, 1993, в адаптации Булыгиной В.Г., 2008); методика изучения стилевых особенностей саморегуляции (Моросанова В.И., 1998); индикатор стратегий преодоления эмоционального стресса (ИСПЭС, Амирхан Д., 1998, адаптация Ялтонский В.М., Сирота Н.А.). Также всем пациентам было проведено стандартное патопсихологическое исследование.

Результаты. У женщин больных шизофренией были выявлены следующие факторы риска внутрибольничной агрессии: задержка физического развития в ранний период; экзогении (повторные черепно-мозговые травмы), враждебное отношение со стороны родителей; моральное и физическое насилие со стороны отца; конфликты с учителями из-за учебы; пропуски занятий, ранний возраст начала

менструального цикла; сексуальное насилие в возрасте 10-12 лет; отсутствие брака в течение жизни.

У женщин с органическим психическим расстройством к факторам риска внутрибольничной агрессии относятся следующие: обучение во вспомогательной школе; эмоционально холодные отношения с отцом в детском периоде развития; девиантное поведение, начиная с подросткового возраста; сексуальное насилие со стороны третьих лиц в позднем пубертате; вербальная агрессия в условиях режима отделения; физическая агрессия по отношению к дефектным и ослабленным больным во время ПЛ; вербальная и физическая агрессия по отношению к асоциальным пациентам.

Выводы. Качественная оценка риска внутрибольничной агрессии требует доступа к информации из разных источников. Подробные записи в истории болезни, листах наблюдения, протоколы ведения тренингов, психокоррекционных и психотерапевтических занятий должны быть доступны всем специалистам, занимающихся лечением психически больных, склонных к совершению общественно опасных деяний.

Психические расстройства у бездомных (структура и распространенность)

Мальцева А.В., Милехина А.В., Портнова А.А.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Актуальность исследования. По экспертным оценкам, в России насчитывается от 2 до 4 миллионов уличных бездомных. Нестабильность существующей социально-экономической ситуации обуславливает тенденцию к увеличению количества лиц, оставшихся без жилья и средств существования. По зарубежным данным, от 20 до 25% бездомных страдает от той или иной формы психических заболеваний. В России клинического изучения распространенности и структуры психических расстройств среди бездомных практически не проводилось.

Цель и задачи исследования. Изучить нозологическую структуру

психических заболеваний бездомных. Материалы и методы исследования: обследовано 408 бездомных мужского пола, обитателей Центра социальной адаптации «Люблино», ранее обращавшихся в ПНД. В группу обследования не вошли лица с острыми психозами и грубыми девиациями поведения, так как эти нарушения являются противопоказаниями для пребывания в приюте. Оценка психических нарушений основывалась на структурированном клиническом интервью, включающем субъективный анамнез, психический и неврологический статусы. Диагностика осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Результаты и обсуждение. В структуре психических расстройств выделяют следующие группы заболеваний: органические (вследствие травм головного мозга, заболеваний церебральных сосудов, инсультов), включая симптоматические, психические расстройства – 15,9 %; психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ – 27,9% (преобладает хроническая алкогольная зависимость); шизофрения, шизотипические и бредовые состояния – 5,4% (преобладает параноидная шизофрения в стадии ремиссии, простой тип шизофрении, шизотипическое расстройство); аффективные расстройства настроения у 9%; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (преобладает реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации) – 15,2%; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте – 26,5%. Выраженный психический дефект, обусловленный эндогенным расстройством и экзогенными заболеваниями определялся у 15,7% обследованных. Таким образом, полученная выборка позволяет предварительно судить о крайне высокой заболеваемости бездомных психическими расстройствами с преобладанием конечных состояний, обусловленных психическим дефектом различного генеза, а также пограничной психической патологией, в том числе психогенной природы.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о высокой потребности бездомных с психическими нарушениями в лечебно-профилактических мероприятиях, медико-социальной реабилитации, система которых недостаточно развита в специальных учреждениях социальной защиты.

Атипичная депрессия при биполярном и монополярном аффективном расстройстве

Марачев М.П.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Цель. Определение роли психопатологической структуры атипичной депрессии (АД) в формировании стереотипа течения аффективного расстройства. Материалы и методы. При помощи клинико-психопатологического и психометрического (ADDS, BSDS, MDQ) методов было обследовано 60 пациентов с АД (ДСМ-4). Для определения роли АД в формировании стереотипа течения аффективного расстройства использовались различные критерии биполярности (ДСМ-4; «мягкие» и «жесткие» по J. Angst et al., 2003), для подтверждения полученных результатов проводилось двухлетнее катамнестическое наблюдение за пациентами с первично выявленным депрессивным эпизодом.

Результаты и обсуждение. С учетом психопатологической дифференциации доминирующих в клинической картине расстройств и данных ADDS выделено 3 варианта АД. 1 вариант – с преобладанием реактивности настроения (26,6%); 2 вариант (41,6%) – с преобладанием инверсии вегетативных симптомов (гиперфагия, гиперсомния); 3 вариант – с преобладанием чувствительности к неприятию в интерперсональных взаимоотношениях (31,6%). Для выделенных вариантов АД был характерен различный стереотип течения аффективной патологии. 1 и 3 варианты АД формировались преимущественно в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (78% и 85,7%, соответственно), тогда как вариант с преобладанием инверсированных вегетативных симптомов, чаще встречался при биполярном расстройстве (82%). Уменьшение «жесткости» используемых для оценки гипомании критериев (ДСМ-4, «жестких» и «мягких»), показало нарастание ассоциированности всех вариантов АД с течением аффективного расстройства по типу биполярного (при первом в 5 раз – с 12,5% до 62,5%; при втором варианте в 2,5 раза – с 36% до 84%, а при третьем – в 6 раз – с 5,2% до 31,5%). При этом частота возникновения АД с преобладанием инверсированных вегетативных симптомов в структуре биполярного аффективного

расстройства значительно превосходила таковую при двух других вариантах. Двухлетнее катамнестическое обследование пациентов с первично выявленным депрессивным эпизодом (n=33) подтвердила связь выделенных вариантов АД с определенным стереотипом развития аффективной патологии. Так, 1 и 3 варианты АД в 100% случаев формировались в рамках рекуррентного депрессивного расстройства, тогда как для варианта с преобладанием инверсии вегетативных симптомов было характерно развитие в структуре биполярного расстройства (62,5%).

Заключение. Выделенные клинические варианты АД отражают стереотип развития аффективного расстройства. Для 1 и 3 варианта характерна динамика аффективного расстройства по типу рекуррентного, тогда как для 2 варианта – по типу биполярного. Процент пациентов с АД в структуре биполярного расстройства возрастал с 20% до 40% и 56,6% при расширении диагностических границ биполярного расстройства за счет применения «жестких» и «мягких» критериев гипомании. 2 вариант АД является надежным предиктором биполярного течения аффективных расстройств, что подтверждают результаты двухлетнего катамнестического исследования.

Сравнительный анализ лиц разных возрастных групп с установленным диагнозом органического шизофреноподобного расстройства

Марков П.В.

*Государственный научный центр социальной и судебной
психиатрии им. В.П. Сербского, Москва*

Актуальность. Многочисленными исследованиями доказано, что органические психозы представляют собой полиморфную феноменологическую группу, и могут быть выявлены в рамках различных нозологий. В ряде случаев их сходство с другими формами психической патологии вызывают диагностические трудности, нередко приводящие к врачебным ошибкам, имеющим негативные медицинские и социальные последствия. Органическое шизофреноподобное расстройство (ОШР) является одним из наименее исследуемых

расстройств органического спектра, вместе с тем, распространенность его в различных возрастных группах, сходство с эндогенными психическими заболеваниями, «чуткость» к внешним воздействиям предопределяет вариабельный характер синдромакинеза и клинического оформления указанной нозологии.

Цель исследования. Выявление этиопатогенетических и клинико-социальных особенностей ОШР у лиц молодого и пожилого возрастов. Материал и методы. Клинико-психопатологический, катamnестический, статистический. Исследуемая группа составила 43 человека. 1 группа, лица до 30 лет – 19 человек, 2 группа, лица старше 55 лет – 24 человека.

Результаты исследования. В 1 группе достоверно чаще отмечалась наследственная отягощенность, перенесенная перинатальная патология, неблагоприятный пре- и пубертатный периоды (общая дезадаптация, отставание в развитии, зависимость от ПАВ); уровень социальной активности при обследовании между группами был сопоставим. Катamnез верифицировал у большинства смешанную этиологию, но определяющая экзогенная в 1 группе (72%) имела травматический, во 2 (48%) сосудистый генез. В инициальном периоде у пациентов преобладали церебрастенические, психопатоподобные, аффективные нарушения, в старшей группе также выявлялись когнитивные расстройства. Психотическая симптоматика дебютировала в молодой группе галлюцинаторно-параноидным синдромом и синдромом помрачения сознания, в старшей превалировал паранойяльный синдром. Тенденция осевой органической симптоматики наглядно представлена своеобразной инверсией синдромов (церебрастенический/психоорганический) на до- (66% / 10%) и пост- (38% / 54%) психотических этапах. При обследовании молодые больные демонстрировали большую соматическую и неврологическую сохранность, в психическом статусе часто отмечались разрозненные бредовые идеи, вербальные галлюцинации; во 2 группе продуктивная симптоматика была менее выражена, бредовая продукция была представлена систематизированным бредом персекуторного плана, либо парафреническим синдромом; на первый план выходили негативные расстройства в виде психоорганического синдрома. Расстройства мышления преимущественно носили смешанный характер, однако в 1 группе чаще встречались эндоформные нарушения.

Выводы. Выявленные различия в группах ОШР показательны, включают в себя параметры относящиеся к разным этапам психиатрического обследования, отражают динамичность и специфичность нозологии, по своей совокупности могут определять направление клинического поиска при проведении дифференциальной диагностики.

Особенности аффективных расстройств у женщин с криптогенной парциальной эпилепсией

Медведев И.Л.

*Психоневрологический диспансер №18, филиал №2
психиатрической больницы №14, Москва*

Введение. Актуальность изучения аффективных расстройств у больных эпилепсией определяется высокой распространенностью данной патологии. Депрессия встречается у 10-60% больных эпилепсией, и наиболее часто – при парциальной эпилепсии. По данным разных авторов, женщины с эпилепсией более склонны к развитию расстройств настроения, чем мужчины.

Цель исследования – изучение клинико-психопатологических особенностей аффективных расстройств у женщин с криптогенной парциальной эпилепсией.

Материалы и методы. Исследование было выполнено в Московском научно-исследовательском институте психиатрии. Обследованы 63 пациентки в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст – $29,9 \pm 8,5$ лет) с криптогенной парциальной эпилепсией. На основании критериев МКБ-10 у 38 больных (60,3%) диагностировано депрессивное расстройство (ДР) легкой и умеренной степени выраженности (F06.362) с ведущим тревожным (18 человек, 47,4%), тоскливым (17 человек, 44,7%) и тоскливо-тревожным (3 человека, 7,9%) аффектом, и у 25 больных (39,7%) – эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (ЭЛР) (F06.62). Была использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала Цунга для самооценки тревоги, опросник выраженности психопатологической

симптоматики SCL-90, Торонтская шкала алекситимии TAS, опросник SCID-II для выявления дисфункциональных личностных черт. Для статистической обработки применялась программа Statistica 6.0.

Результаты. Длительность течения эпилепсии коррелировала с показателями шкалы HADS ($r=0,72$, $p<0,05$). Частота простых парциальных приступов коррелировала с показателями подшкал фобии ($r=0,70$), тревоги ($r=0,54$), соматизации ($r=0,54$), а частота сложных парциальных приступов – с показателями подшкалы агрессии ($r=0,65$) шкалы SCL-90. У женщин с ведущим тревожным аффектом в структуре ДР по сравнению с пациентками с ведущим тоскливым аффектом были более выражены соматизация ($p=0,027$) и фобия ($p=0,034$) по шкале SCL-90. В группе больных с ДР достоверно чаще встречались такие типы дисфункциональных личностных черт, как избегающее ($p=0,024$), пассивно-агрессивное ($p=0,01$), депрессивное ($p=0,01$), шизотипическое ($p=0,01$), антисоциальное ($p=0,018$), а в группе больных с ЭЛР – гистрионное ($p=0,007$). Выявлена прямая зависимость показателей шкалы TAS и значений подшкал обсессивно-компульсивных нарушений ($r=0,52$, $p<0,05$), интерперсональной чувствительности ($r=0,66$), депрессии ($r=0,52$), тревоги ($r=0,55$), параноидного мышления ($r=0,53$) шкалы SCL-90, шкал HADS ($r=0,60$) и Цунга ($r=0,68$, $p<0,05$).

Заключение. Полученные результаты указывают на тесную взаимосвязь психопатологических проявлений аффективных расстройств с базисными характеристиками эпилептического процесса. У пациенток с ДР, по сравнению с больными, у которых диагностировано ЭЛР, чаще отмечаются различные типы дисфункциональных личностных черт. Алекситимия способствует более тяжелому течению аффективных расстройств у женщин с криптогенной парциальной эпилепсией.

Медико-социальная роль семьи в терапии лиц с психическими расстройствами

Петров Д.С.

*Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова*

Актуальность. В современной модели психиатрической помощи семье отводится все более значимое место. От 60 до 80% всех пациентов, выписываемых из психиатрических стационаров, возвращаются в семьи.

Цель и задачи. С целью изучения влияния семейного окружения на медико-социальный статус пациентов проведено сравнение одиноких (контрольная группа) и проживающих в семье больных шизофренией. Материалы и методы. Проведено анкетирование 304 пациентов (263 человек, имеющих семью и одиноких – 41 человек) при помощи карты-анкеты, опросника ВОЗКЖ-100, «Карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», опросника «Эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных». Среди обследованных: мужчин – 119 человек, женщин – 185. Средний возраст больных в 1 группе составил $43,2 \pm 7,7$ лет, во второй – $39,1 \pm 3,0$ года.

Результаты и обсуждение. Изучение жилищных условий позволяет говорить о существенном неблагополучии в этой сфере у одиноких больных. Практически половина из них не имеют собственного жилья ($P < 0,01$). В группе пациентов, сохраняющих семейные взаимоотношения, условия проживания в основном можно считать удовлетворительными и даже хорошими (55,1% и 23,2%, $P < 0,05$). В дневной стационар чаще госпитализировались больные, проживающие в семье – 33,5% ($P < 0,05$), так как семейная поддержка, способствуя социализации больных, помогает им удерживаться во внебольничных условиях и проходить лечение под постоянным наблюдением родственников. При помощи опросника ВОЗКЖ-100 были изучены данные, касающиеся оценки качества жизни пациентов.

Социальные взаимоотношения в микросоциальном окружении (субсферы «Личные отношения», «Практическая социальная поддержка»), оценил неудовлетворительно практически каждый третий

(29,3% и 36,6%) одинокий пациент, в группе больных, поддерживающих взаимоотношения с семьей, аналогичная оценка встречалась достоверно реже 13,3% и 15,3%, что подтверждает положительные социально-компенсирующие функции семейного окружения. Состояние «окружающей среды» (внешние, материальные и иные условия жизни индивида) оценивалось пациентами, имеющими семью, в основном удовлетворительно – 57,0% ответов ($P < 0,05$). В группе одиноких больных достоверно чаще встречалась доля неудовлетворительных ответов – 24,4%.

Выводы. Основными функциями семейной поддержки являются: медико-социальная – смягчающая влияние психического расстройства на социальный статус больного и повышающая качество его жизни и социального функционирования; информационная – повышающая уровень знаний больного о своем заболевании и способах его лечения; экономическая – сохраняющая и поддерживающая материально-бытовое благополучие пациента. В случае потери или отсутствия у пациента близких родственников усилия и внимание специалистов должны быть сосредоточены на восстановлении, либо замещении естественной сети социальной поддержки (семьи).

Аддиктивные свойства карбамазепина: иной взгляд на известный препарат

Простяков А.И.

*Новосибирская областная психиатрическая больница
№6 специализированного типа, Новосибирский
государственный медицинский университет*

Актуальность. В условиях осуществления принудительного лечения (ПЛ; долгосрочной социальной изоляции) актуальной смотрится тема превенции и лечения разных видов зависимостей.

Цель и задачи: изучение воздействия препарата карбамазепин (КБЗ) на психическое состояние пациентов, находящихся на ПЛ, как вещества, вероятно способствующего формированию аддикции. Материалы и методы. В период 2009-2012 гг. на базе психиатрического стационара специализированного типа проводилась выборка

пациентов (n=14; 5 из них страдали шизофренией, 9 – умственной отсталостью), находящихся на длительном (не менее 1 года) ПЛ, принимавших КБЗ и испытывавших при этом аддиктивные эффекты. При исследовании использовались методы: клинического интервью и наблюдения, психобиографический и катамнестический.

Результаты и обсуждение. В течение 4 лет работы представилось возможным наблюдать 14 случаев бесконтрольного приема таблеток КБЗ с целью аддиктивной реализации. Клинические эффекты, наблюдаемые у этих пациентов, были другими, нежели указанные некоторые побочные явления в официальной инструкции к препарату, а именно: спутанность сознания, повышенная седация, раздражительная гипертимия и эмоционально-поведенческая расторможенность, мышечное расслабление (вплоть до атонии), соматоневрологическая симптоматика (головная боль, парез аккомодации, снижение аппетита, кожный зуд, пароксизмальные судорожные состояния и др.). Несмотря на противоречие верифицированной клиники с ожиданиями пациентов, последние уверяли врачей, что их чувственная гамма, связанная с приемом препарата, полностью подтвердила их ожидания. При этом мотивацией злоупотребления КБЗ и конечной целью пациенты изначально считали получение несколько других эффектов, а именно: желание расслабиться, отвлечься, отдохнуть, забыться, поспать, получить дополнительную стимуляцию. Удалось выяснить, что факторами, способствующими возникновению такого токсического поведения, служили: длительная изоляция вне доступности традиционных аддиктивных агентов, аддиктивный анамнез, личностная и ситуационная диссоциация, влияние «отрицательного лидера», реактивное изменение настроения. Дозой вещества, приводящей к аддиктивному эффекту служил разброс 400-1400 мг на однократный прием. Несмотря на то, что 4 из 14 человек понадобились срочные детоксикационные процедуры, 6 пациентов в последующем повторили неконтролируемый прием препарата.

Заключение. Таким образом, удается сделать некоторые предварительные выводы об аддиктивных эффектах КБЗ: 1) побочные и токсические явления лекарства могут восприниматься пациентами в условиях пролонгированного лечения, как аддиктивные эффекты; 2) возникновение такой фиксации может служить фактором развития зависимости; 3) в условиях принудительного лечения присутствуют условия, способствующие поиску новых аддиктивных агентов, что

может негативно отражаться на проведении общего терапевтически-реабилитационного процесса; 4) выявление новых аддиктивных агентов (в виде «старых» препаратов) должно повысить уровень настороженности специалистов, задействованных в оказании специализированной пролонгированной психонаркологической помощи.

Исследование качества жизни пациентов реабилитационных отделений психиатрических стационаров двух регионов: Санкт-Петербурга и Оренбурга

Руденко В.В., Случевская С.Ф.

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

Актуальность исследования. С начала 80-х годов появились первые оценки качества жизни психически больных. К 1993 году только в изучении больных шизофренией проведено более 20 исследований с использованием шкал качества жизни. Растёт понимание того, что качество жизни является чрезвычайно важной мерой результатов лечения.

Цель: исследовать качество жизни пациентов, проходящих этап стабилизирующего лечения в реабилитационных отделениях Городских психиатрических больниц. Материалы и методы. Используемый метод был разработан на основе опросника качества жизни, используемого в зарубежных странах для определения качества результатов оказываемой медицинской помощи в рамках проводимых лечебных программ психиатрических стационаров. Опросник включает в себя 10 разделов: самооценка и мнение о своей будущей жизни, независимость и возможность самоопределения в жизни, возможность заниматься значимой и интересной деятельностью, наличие друзей и семьи и взаимоотношения с ними, взаимодействие с окружением, отношения с персоналом лечебного учреждения, ощущение защищенности собственной жизни, возможность получать помощь и поддержку от других людей в стационаре, дискриминация, доступность медицинских услуг. Для проведения корреляционного анализа были собраны дополнительные данные о больных:

демографические показатели, клинико-анамнестические данные, социальный статус, методы лечебного воздействия. Исследования проводились на базах реабилитационного отделения Санкт-Петербургской психиатрической больницы св. Николая Чудотворца и отделения динамической психиатрии (психотерапии) Оренбургской областной психиатрической больницы №2. Были обследованы 60 пациентов: 30 в г. Санкт-Петербурге, 30 в г. Оренбурге.

На основании данных, полученных в результате тестирования опросника качества жизни пациента рассчитаны показатели надёжности субшкал, валидности, чувствительности опросника, проведён факторный анализ. Для обработки информации была использована система SAS (ver.9 SAS Institute, Inc., Cary, NC). Результаты факторного анализа выявили 4 фактора, по которым группируются достоверно взаимосвязанные пункты опросника.

Была проанализирована связь выделенных нами факторов (F1-F4) с медико-социальными характеристиками пациентов. Было выявлено, что качество жизни является сложным показателем.

Выводы:

1. Опросник показал себя как валидный и надёжный.
2. Результаты опросника можно положить в основу анализа действий подразделений ЛПУ и при наличии отклонений наметить меры, направленные на коррекцию данного показателя.
3. Представленная технология позволяет не только проводить мониторинг и вносить коррективы в работу психиатрических стационаров, но и сравнить между собой работу отдельных подразделений.
4. Структурированность полученных данных позволяет более детально оценить качество жизни пациентов психиатрического стационара и наметить пути её совершенствования.

Гипергомоцистеинемия как маркер органической предрасположенности при шизофрении: факт или фантазия исследователя?

Симаков О.Я.

*Психоневрологический диспансер Ростовской области,
Ростовский филиал*

Актуальность. Накопление данных об участии гомоцистеина (Hmc) в патогенезе когнитивных нарушений при органических и эндогенных расстройствах, делает актуальным исследование этого показателя в качестве предиктора течения целого ряда заболеваний (Ayasa-Arriola R. et al., 2012; Kim T.H. et al., 2011).

Цель: определение возможности использования показателей уровня Hmc в качестве маркера органической предрасположенности при шизофрении. Задачи: 1. Определение уровня Hmc в плазме больных шизофренией, атеросклеротической деменцией и у добровольцев без психических нарушений. 2. Статистическая обработка и сопоставление результатов во всех группах.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Ростовском филиале психоневрологического диспансера Ростовской области. Участники обследования (51 человек) были разбиты на три группы:

1. Пациенты с шизофренией (F20.01) в количестве 16 человек, разделенные на две подгруппы. Первая (1-1): 11 человек с верифицированными признаками преморбидной органической симптоматики. Вторая (1-2): 5 пациентов без признаков органической предрасположенности.

2. Пациенты с атеросклеротической деменцией (F01): 15 человек, разделенных на 2 подгруппы. Первая (2-1): 4 пациента после ОНМК (F01.0). Вторая (2-2): 11 пациентов с постепенным развитием деменции (F01.3).

3. Контрольная группа: 20 неврологически и психически здоровых добровольцев.

Пациенты всех групп проходили клиническое, параклиническое

и патопсихологическое обследование. У пациентов при поступлении (до начала терапии) взята кровь на содержание Нмс. У части пациентов 2 группы бралась кровь на исследование фолатов, а у пациентов 1 группы – липидограммы. Результаты биохимического исследования подвергались статистической обработке (Mann-Whitney U-test) и сопоставлялись с внутригрупповыми и межгрупповыми клиническими данными.

Результаты и обсуждение. Обнаружено, что уровень Нмс у пациентов клинических групп 1 и 2 превышает таковой в контрольной группе 3 ($p < 0,001$). Кроме того, значения Нмс в подгруппе 1-1 достоверно выше, чем в подгруппе 1-2 ($p < 0,001$) и 3 ($p < 0,001$). Различия этого показателя внутри 1 группы может быть связано с наличием признаков органической несостоятельности у пациентов подгруппы 1-1. Колебания показателей Нмс во 2 группе может быть связано с обнаруженными в ряде случаев низкими значениями содержания фолатов. Однако последнее предположение требует дальнейшего изучения. Следует отметить значительное превышение нормативных значений Нмс в группе деменций. При этом, показатели Нмс превышают не только нормативные значения, но и показатели в группе шизофрении.

Выводы. Показатель уровня Нмс зависит от выраженности нейродегенеративного процесса и может использоваться в качестве маркера преморбидной органической симптоматики у пациентов с шизофренией. Необходимо расширение исследуемой группы и изучение взаимосвязи уровня Нмс с фолиевой кислотой.

Диагностика начальных когнитивных (преддементных) расстройств у больных на ранних стадиях рассеянного склероза

Синицына К.В.

*Областная клиническая психиатрическая больница
«Богородское», Иваново,
Ивановская государственная медицинская академия*

Когнитивные расстройства у больных рассеянным склерозом

(РС) снижают качество жизни, нарушают ежедневную активность, работоспособность, влияют на результативность лечения и реабилитации (Бойко А.Н. и др., 2001, 2006), что диктует необходимость ранней диагностики начальных когнитивных расстройств, при которых лечебные и профилактические мероприятия наиболее эффективны (Домулин И.В., 2004).

Целью работы явилось изучение особенностей начальных проявлений когнитивных нарушений у больных РС на ранних стадиях заболевания. Материалы и методы. Под наблюдением находились 20 больных с достоверным диагнозом РС по критериям Макдональда (2005), из них 15 женщин и 5 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст – $33,2 \pm 2,4$ года), с ремитирующим типом течения вне обострения. Длительность течения заболевания от 2 до 7 лет. Степень инвалидизации по шкале EDSS от 1 до 3,5 баллов из 9 возможных. Все пациенты предъявляли жалобы на разную степень снижения памяти, внимания, работоспособности, темпа мышления и рассеянность. Группу контроля составили 10 здоровых человек, прошедших профилактические осмотры. Всем пациентам проводилось обследование с применением визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), экспериментально-психологическое обследование (с использованием методики Лурия и корректурной пробы Бурдона), включая оценку состояния памяти, подвижности нервных процессов и устойчивости внимания. Для оценки качества жизни проводилось анкетирование с помощью Миннесотского опросника. Выявленные клинико-функциональные изменения регистрировались в формализованной карте и оценивались по балльным шкалам.

Результаты исследования. При проведении нейропсихологического исследования у больных РС были выявлены изменения мнестической функции, истощаемость внимания. Результаты пробы Лурия у больных РС по сравнению с контрольной группой (запоминание 10 слов) свидетельствовали о достоверном нарушении долговременной памяти, при том, что нарушение кратковременной памяти (количество слов, воспроизведённых после первого предъявления) не отмечалось. Нарушения памяти сочетались с психической истощаемостью. Применение корректурной пробы Бурдона показало, что у больных РС, по сравнению с контрольной группой, отмечалось расстройство внимания, которое проявлялось в виде снижения показателей темпа и точности выполнения, а также продуктивности

внимания, что свидетельствует о недостаточной его концентрации и устойчивости. Тест качества жизни состоял из 21 группы утверждений, отражающих самочувствие пациентов в период наблюдения. У здоровых лиц в группе контроля сумма баллов составляла $14,6 \pm 1,3$ балла, тогда как у больных РС – $12,9 \pm 1,4$ балла.

Таким образом, диагностика начальных когнитивных (преддементных) расстройств у больных РС на ранних стадиях заболевания имеет практическую значимость, является актуальной задачей и требует своего дальнейшего изучения.

Клинические проявления, коморбидность и ранние исходы синдрома Аспергера

Сомова В.М.

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Психоневрологический диспансер №23,
Москва*

Клинические симптомы у пациентов с синдромом Аспергера (СА), достигших периода ранней взрослости, могут быть отражением, как основного расстройства, так и коморбидных психопатологических состояний. По этой причине вопросы дифференцированной диагностики и прогноза у таких пациентов представляют большую сложность.

Цель исследования: изучение ранних исходов и структуры сопутствующих психических расстройств у лиц, с детства страдающих СА. Методы: обследовано 107 пациентов от 18 до 36 лет (18 женщин и 89 мужчин), с детства страдающих СА. Использовались анамнестический, клинко-психопатологический, клинко-катамнестический методы исследования, а также опросник для диагностики синдрома Аспергера – ASDI.

Результаты. В ходе статистической обработки материала было выделено 5 групп. У пациентов I группы (интегрированные – 18 человек) в 33% случаев обнаруживались признаки смешанного аффективного состояния, у 28% – навязчивости с преобладанием ритуалов. В анамнезе у 22% пациентов отмечались психотические эпизоды.

После 18 лет 44% пациента данной группы получали курсы лечения, из них 28% амбулаторно, в 28% случаев потребовалась госпитализация в ПБ. Во II группе (тормозимые – 24 человека) 83% пациента страдали дистимией, 75% – тревожно-фобическим расстройством, у 50% были суицидальные тенденции. У 13% в течение жизни возникали психотические состояния. 71% тормозимых пациентов продолжали лечение после достижения совершеннолетия, амбулаторно лечились 67%, 46% принимали терапию на протяжении года и более. У 40% пациентов III группы (своеобразные – 20 человек) отмечался психопатоподобный синдром, в 50% случаев – тревожное и ещё в 50% депрессивное расстройство. 10% пациентов в прошлом перенесли состояния с психотическими симптомами. Лечение после 18 лет получали только – 35%, из них 30% – амбулаторно, 15% – стационарно. В IV группе (пограничные – 27 человек) у 59% пациентов в анамнезе отмечалась гипомания, у 37% – склонность к аддикциям. У 18% больных в анамнезе возникали психотические проявления. Большинство из них лечились амбулаторно – 52%, причем 30% находились на динамическом («Д») наблюдении. Но госпитализировались и принимали поддерживающую терапию они реже всех групп (3% и 12% соответственно). V группа (гипернормативные – 18 человек) включала 61% больных с сенесто-ипохондрическим синдромом, 39% с обсессивно-компульсивным и 50% с тревожным расстройством. В данной группе психотические эпизоды отмечались в 44% случаев. Необходимость в госпитализации у пациентов этой группы возникала часто – в 28%, длительная (более 1 года) поддерживающая терапия – в 39%. Эти пациенты были отнесены в группу амбулаторного «Д»-наблюдения в 33%. При этом в общей сложности только 44% пациентов пятой группы получали терапию после достижения 18 лет.

Выводы. Клинический прогноз и тактика терапевтических мероприятий у пациентов с СА существенно зависят от психопатологических проявлений этого расстройства.

Сравнительная характеристика качества ремиссий при эндогенных приступообразных психозах, формирующихся на психофармакотерапии антипсихотиками разных поколений

Столяров С.А.

Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук, Москва

Актуальность. Одним из путей разработки стандартов диагностики, прогноза и лечения эндогенных приступообразных психозов является персонифицированная многофакторная оценка ремиссий с привлечением клинико-биологических маркеров.

Цель – сравнительная характеристика клинико-биологических показателей ремиссий при приступообразных шизофренических психозах, формирующихся на терапии нейролептиками разных поколений.

Материал и методы. Клинико-психопатологическим, психометрическим, клинико-иммунологическим методами обследовано 25 больных шизофренией с острым галлюцинаторно-параноидным синдромом в приступе (F20.01 по МКБ-10), средний возраст – 31,4 года. Тяжесть состояния (активность психоза) и выраженность негативных расстройств определялись по шкалам PANSS и SANS. Определялись иммунологические показатели, отражавшие степень активности процесса: энзиматическая активность ЛЭ, функциональная активность альфа-1 ПИ, а также уровень аутоантител к нейроантигенам ФРН и ОБМ. Степень активности процесса определялась в динамике в 4 точках: 1 – в период наибольшей остроты состояния; 2 – при выходе из психоза в ремиссию; 3 и 4 – через 6 и 12 месяцев ремиссии. Больные разделены на 2 группы по виду получаемой нейролептической монотерапии: 12 пациентов 1 группы получали типичные антипсихотики (галоперидол, зуклопентиксол, трифлуоперазин), 13 пациентов 2 группы – атипичные нейролептики (оланзапин, рисперидон, кветиапин, сертиндол).

Результаты и обсуждение. В обеих группах была установлена

достоверная линейная взаимосвязь между тяжестью клинико-психопатологических параметров в ремиссии и степенью активации иммунной системы. В 1 группе психотические расстройства значительно редуцировались к периоду становления ремиссии, с 39,7 до 26,6 баллов; в дальнейшем, через полгода и год оценка их тяжести постепенно снижалась (соответственно до 24,4 и 23,3 баллов PANSS). Выраженность негативных расстройств в динамике от 2 до 4 точки менялась незначительно (соответственно до 48,3; 46,1 и 42,7 баллов по SANS). Во 2 группе к окончанию приступа наблюдалась редукция расстройств по PANSS с 40,1 до 25,2 баллов; от 2 к 4 точке она происходила постепенно и после полугода ремиссии была особенно заметной, стабилизируясь к годовому периоду (соответственно 20,1 и 16,9 баллов). Динамика негативных расстройств была более благоприятной: при выходе в ремиссию средний балл их выраженности по SANS = 39,8, через полгода ремиссии имела место их значительная компенсация, тот же уровень ее наблюдался и через год (соответственно 28,6 и 26,4 балла).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о различиях во влиянии нейролептиков разных поколений на качество формирующейся после приступа ремиссии, определяемое по клинико-иммунологическим показателям степени ее полноты и стабильности. На основании полученных данных атипичные нейролептики можно рассматривать как метод выбора при лечении приступообразных шизофренических психозов для улучшения качества жизни больных и их оптимального социально-трудового функционирования в ремиссии.

Особенности восприятия зрительных иллюзий больными шизофренией с галлюцинаторной симптоматикой

Толмачева Е.А.

*Государственный научный центр социальной и судебной
психиатрии им. В.П. Сербского, Москва*

Актуальность исследования: не только сугубо научное изучение одного из аспектов восприятия больных шизофренией, но и допол-

нительный способ диагностики этого заболевания.

Цель исследования: выявление особенностей восприятия зрительных иллюзий больными шизофренией. Задачи исследования: 1. Выявление особенностей распознавания зрительных иллюзий больными шизофренией в сравнении с лицами, не страдающими психическими расстройствами; 2. Сравнение особенностей восприятия зрительных иллюзий у взрослых и у подростков, больных шизофренией.

Материалы, методы и выборки:

Выборка №1 – 20 взрослых испытуемых мужского пола средний возраст – 40 лет, больных шизофренией с галлюцинаторной симптоматикой. Выборка №2 – 7 подростков мужского пола средний возраст – 15 лет, больных шизофренией. Выборка №3 – 20 взрослых испытуемых мужского пола средний возраст – 40 лет, без психических заболеваний. Исследование проводилось на базе детской психиатрической больницы №6, психиатрической больницы №13 и в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского. В исследовании использовались следующие методики: 1. Картинки с иллюзорными изображениями (двойственные изображения, распознавание образов, искажение образов, смена фигуры и фона и «перевертыши»); 2. «Исключение предметов»; 3. Субтест Векслера «Нахождения недостающих деталей»; 4. Контрольные картинки (без иллюзий).

Результаты и обсуждение. Было выявлено, что больные шизофренией с галлюцинаторной симптоматикой хуже распознают иллюзорные изображения, чем психически здоровые лица. Больные шизофренией (как подростки, так взрослые) могут распознавать зрительные иллюзии, присущие здоровым людям. При этом в зависимости от вида иллюзорного изображения эта способность ухудшается или улучшается. Среди всех трёх выборок самый высокий показатель распознавания зрительных иллюзий наблюдался в группе психически здоровых взрослых, а самый низкий в группе взрослых, больных шизофренией с галлюцинаторной симптоматикой. Группа подростков, больных шизофренией, занимает промежуточное место по этому показателю в данном исследовании.

Выводы:

1. Больные шизофренией по сравнению с лицами, не страдающими психическими расстройствами, менее способны распознавать зрительные иллюзии, особенно это касается таких типов иллюзий, как «Двойственные изображения», «Смена фигуры и фона», «Распознавание образов».

2. Чем младше возраст больного шизофренией, и лучше способности (уровень и качество обобщения, интеллект), тем чаще он распознает иллюзии.

3. В зрительных иллюзиях «Двойственные изображения» больные шизофренией, в первую очередь, склонны распознавать образы, нетипичные для здоровых испытуемых.

Качество жизни больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и сопутствующей соматической патологией

Халикова А.Р.

Омская государственная медицинская академия

Актуальность изучения качества жизни (КЖ) больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией обусловлена большей, чем в общей популяции, распространённостью соматических заболеваний, а также трудностями в лечении и реабилитации данной категории пациентов (Мосолов С.Н., Рывкин П.В., Сердитов О.В., 2009; Семке А.В., Мальцева Ю.Л., 2009; Hennekens С.Н., Hennekens A.R. et al., 2008).

Цель исследования: оценка влияния сопутствующей соматической патологии на КЖ больных шизофренией с первым психотическим эпизодом для разработки дифференцированных лечебно-реабилитационных программ. Задачи исследования: определить степень влияния сопутствующей соматической патологии на разные сферы КЖ больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и разработать рекомендации по повышению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий для данного контингента больных.

Материалы и методы. Нами обследовано 82 больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и сопутствующей соматической патологией (основная группа) и 82 больных шизофренией без сопутствующей соматической патологии (группа сравнения). Основными методами исследования были: клиничко-психопатологический; оценка качества жизни по опроснику ВОЗ КЖ-100; клиничко-лабораторные и функциональные методы исследования; статистический.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ двух групп больных показал более низкий уровень качества жизни по всем сферам среди пациентов с сопутствующей соматической патологией. Статистически значимые ($p < 0,005$) различия значений КЖ наблюдались по пяти сферам из шести. Наибольшая разница между показателями КЖ наблюдалась по шкалам «Физическая сфера»: значение медианы в основной группе (Me1) – 13,3 балла, в группе сравнения (Me2) – 16 баллов ($p = 0,000$); «Уровень независимости»: Me1=13,6, Me2=14,4 ($p = 0,000$), и «Окружающая среда»: Me1=13,4, Me2=15,2 ($p = 0,000$). Значимые различия между показателями КЖ сравниваемых групп свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода в применении лечебно-реабилитационных мероприятий для данной категории пациентов. Нами были разработаны рекомендации для больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и сопутствующей соматической патологией, включающие в себя оценку качества жизни до и после стационарного лечения, предпочтение монотерапии антипсихотиками, своевременную диагностику и лечение соматической патологии, расчёт индекса массы тела не реже 1 раза в 2 недели, психообразование по вопросам соматической безопасности и здорового образа жизни.

Выводы. Больные шизофренией с сопутствующей соматической патологией оценивают своё КЖ по всем сферам значительно ниже, чем соматически здоровые пациенты, особенно по шкалам «Физическая сфера», «Уровень независимости» и «Окружающая среда». Данное обстоятельство следует учитывать при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий, которые должны быть направлены на психическую и физическую составляющие здоровья.

Стрессовые факторы и психические расстройства при болезни Шегрена

Шеломкова О.А.

*Московский научно-исследовательский институт
психиатрии*

Актуальность. Болезнь Шегрена (БШ) характеризуется хроническим аутоиммунным воспалительным процессом в секретирующих эпителиальных железах с поражением слюнных и слезных желез. Как и другие системные ревматические заболевания (РЗ), БШ имеет патогенетическую связь с психическими расстройствами, обусловленную влиянием стрессовых факторов.

Цель: установление частоты встречаемости стрессовых факторов и психических расстройств при БШ. Материалы и методы: диагностика психических расстройств проводилась в соответствии с критериями МКБ-10. Обследовано 50 женщин с БШ в возрасте от 18 до 64 лет. Оценка выраженности тревоги и депрессии проводилась с применением HAM-A и MADRS.

Результаты: по результатам оценочных шкал выявлена высокая встречаемость тревоги – 90%, из них у 28% выявлена выраженная тревога, и депрессия – 56%. Диагностированные психические расстройства (всего 98%) преимущественно тревожно-депрессивного спектра (РТДС): дистимия – 18%, расстройство адаптации – 16%, генерализованное тревожное расстройство – 14%, депрессивный эпизод легкой степени – 4%, эпизод средней степени – 10%, депрессивный эпизод тяжелой степени – 4%, рекуррентное депрессивное расстройство умеренной тяжести – 12%, 2% – с психотическими симптомами, шизотипическое расстройство (ШР) – 18% (так же сопровождалось симптомами тревоги и депрессии). Депрессивные расстройства чаще провоцировались острыми психотравмирующими ситуациями (ПС) (72%). Для всех больных установлено наличие значимой ПС в дебюте БШ. В большинстве случаев это острые (54%), нередко принимавшие затяжное течение. Для трети обследованных (36%) значимым являлся семейный стрессовый фактор (болезнь или смерть близких родственников, конфликтные ситуации

в семье с детьми или родителями). Многие больные (18%) сообщили о комплексе конфликтных межличностных отношений (обозначен как гендерный стресс), включающий отчуждение женщины в отношениях с мужчиной, при формальном стремлении к близости с неполным принятием женской роли. Служебные и социальные стрессовые ситуации встречались в 32%. В ряде случаев (14%) ПС являлось хирургическое вмешательство. ПС различались также по структуре: как «угрозу» оценивали ситуацию 40% обследованных больных, «утрата» встречалась в 38% случаях, «фрустрация» в 16% случаях, «катастрофа» у 6% больных. Установлено, что стрессовые ситуации утраты, фрустрации и катастрофы чаще носили острый характер, а угроза – хронический ($p < 0,05$). У большинства больных (64%) установлено наличие ранней детской депривации, из них 75% – повторные депривации.

Заключение: результаты свидетельствуют о широкой распространенности РТДС среди больных БШ. Высокая встречаемость ШР возможно является отличительной чертой БШ от других РЗ. Широкая распространенность стрессовых ситуаций, предшествующих заболеванию, по-видимому, имеет патогенетическую значимость и в провокации РТДС и БШ.

Патофизиологические механизмы и способы коррекции нейролептогенных сексуальных нарушений

Штарк Л.Н.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Целью исследования являлось установление патофизиологических механизмов формирования сексуальных дисфункций при приеме антипсихотиков, с учетом их рецепторного профиля. Поскольку одним из шагов в алгоритме лечебно-реабилитационной тактики нейролептогенных сексуальных дисфункций является замена нейролептика на другой, то сопоставление их влияния на сексуальную функцию в сравнительном аспекте чрезвычайно актуально. По результатам проведенного сравнительного исследования влияния

на сексуальную функцию рисперидона, оланзапина и кветиапина и изучения данных литературы выделены различия между антипсихотиками по вызываемым ими сексуальными нарушениям и патофизиологическим механизмам формирования последних. Такие типичные нейролептики, как галоперидол, тиоридазин, трифлуоперазин, перфеназин и другие вызывают нарушения сексуального влечения за счет блокады D2-дофаминовых рецепторов. Атипичные антипсихотики: рисперидон, оланзапин и клозапин также оказывают негативное влияние на сексуальное влечение в сторону его снижения вплоть до алибидемии за счет блокады D2-дофаминовых рецепторов. Кветиапин ослабляет половое влечение опосредованно через сонливость-седацию за счет блокады H1-гистаминовых рецепторов, и в случае самостоятельной редукции сонливости и седации, что по данным исследований происходит в среднем у 30% пациентов, восстанавливается и сексуальное влечение. Задержка эякуляции вплоть до ее отсутствия наблюдается на фоне приема нейролептиков, блокирующих альфа1-адренорецепторы и M-холинорецепторы. Сертиндол не вызывает расстройств сексуального влечения, но за счет блокады альфа-1-адренорецепторов приводит к нарушениям эякуляции в 20%-40% случаев. Из всех используемых в настоящее время антипсихотиков расстройство семяизвержения не выявлено только при приеме кветиапина и арипипразола. Арипипразол по данным литературы и нашим наблюдениям является препаратом выбора для профилактики нейролептогенных сексуальных дисфункций. Фармакологическая коррекция сексуальных нарушений является последним этапом в алгоритме лечебно-реабилитационных мероприятий и требует от врача знаний о патогенетических механизмах развития сексуальных нарушений. Использование дофаминомиметиков (амантадин, бромкриптин, каберголин) в случае коррекции нарушений влечения, сформировавшихся на фоне гиперпролактинемии, возможно, но требует осторожности с целью предотвращения обострения психотической симптоматики и не рекомендуется на купирующем этапе терапии психического заболевания. Использование адаптогенов, стимуляторов и т.п. также чревато возможной экзаксацией процесса. Применение ингибиторов цГМФ-специфической фосфодиэстеразы пятого типа оправдано только при наличии соответствующих показаний, поскольку нарушение эрекции при антипсихотической терапии имеют вторичный характер и обусловлены снижением влечения.

Таким образом, терапия сексуальных нарушений, развившихся на фоне нейролептической терапии, носит этапный характер, и более предпочтительным является подбор антипсихотиков с минимальным негативным влиянием на сексуальную функцию, а назначение препаратов-корректоров должно происходить в последнюю очередь.

Часть 2.
Сборник трудов
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ-ПСИХИАТРОВ
– УЧАСТНИКОВ ШКОЛЫ

Содержание

Особенности показателей психометрических опросников качества жизни больных с нарушениями пищевого поведения (предварительные данные)	
Абдраева Н.К., Брюхин А.Е.	67
Амнезия в структуре психогенных расстройств сознания	
Альтман Ю.С.	68
Экзаменационная сессия как причина невроза у студентов медицинского ВУЗа	
Ахметова В.В.	69
Зависимость заболеваемости шизофренией от уровня рождаемости в соответствующих возрастных группах	
Багаутдинов М.Р., Шутова Е.А.	71
Интегральное исследование индивидуальности	
Бельских И.А., Плотников В.В., Плотников Д.В., Северьянова Л.А. ...	72
Исследование патопсихологических факторов риска внутриведомственной агрессии у лиц мужского пола, находящихся на принудительном лечении	
Белякова М.Ю., Кузнецов Д.А.	74
Распространенность невротических и алкогольных расстройств у врачей	
Бодагова Е.А.	75
Роль гиперпролактинемии в формировании депрессии при шизофрении	
Бубнова Ю.С.	76
Психопатология ритуального поведения: диагностические и прогностические аспекты	
Бутылин Д.Ю.	78
«Субъективная психология» истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций	
Войнова Н.А., Воскресенский Б.А.	79
Психологическое исследование личности врача в отношении к профессиональной деятельности	
Воронин А.Н., Николаев Е.Л.	81
Роль психообразовательной работы в семьях пациентов, страдающих шизофренией	
Воронов В.А.	82

Ингаляционная терапия ксеноном психических расстройств в многопрофильном общесоматическом стационаре (натуралистическое исследование)	
Генно А.С., Павличенко А.В.	83
Направления снижения уровня проблем, связанных с потреблением алкоголя	
Гольчикова И.П.	85
Экспресс-тестирование на употребление наркотических веществ, как метод первичной профилактики наркомании: отношение студенческой молодежи к данному методу	
Горячева Е.Е., Лацплес П.Р., Лунёв А.Д.	86
Стигматизация и уровень психиатрической грамотности	
Гудова С.И.	87
Особенности спектра психофармакотерапии, применяемой в кардиологической практике у пациентов с ишемической болезнью сердца	
Давыдова Ю.С., Курбатова О.А.	89
О причинах развития нарушений поведения и эмоций в подростковом возрасте	
Дудук С.Л., Хомич А.М.	90
Исследование наследственности лиц, страдающих истинной и симптоматической формами компьютерной зависимости	
Дьяченко А.В., Мавани Д.Ч.	92
Контент-анализ научных публикаций как средство изучения направлений развития психиатрии	
Дюсекова А.В., Мартынихин И.А.	93
Психопатологические признаки и патопсихологические механизмы аутоагрессивного поведения при расстройствах адаптации у военнослужащих по призыву	
Егоров Р.С.	95
Атипичные дерматоглифические профили как биологические маркеры шизофренического процесса	
Жданок Д.Н.	96
Особенности копинг-поведения у больных с неврозами в позднем возрасте	
Журавлев Я.С., Бомов П.О., Ульчева Т.А., Кузина А.В.	97
Возможность сочетания эмоциональной лабильности с расстройствами биполярного спектра у подростков	
Забигулина И.В.	99

Клинические аспекты превентивной терапии психосоматических расстройств	
Загрядский Ю.В.	100
Уровень распространённости депрессивных и астенических состояний среди студентов первого курса Медицинского института Тульского государственного университета	
Ивашиненко Д.М., Ефимова Е.В.	101
Динамика психовегетативных показателей среди студентов-медиков в зависимости от учебной ситуации и половой принадлежности	
Ивашенко Д.В., Вознесенская Т.Г.	102
Клинические проявления и некоторые механизмы нервно-психической дезадаптации у больных кардиологической патологией	
Ильгизова А.А.	104
Особенности фабулы бредовых и бредоподобных состояний	
Илюшина Е.А.	105
Факторы субъективных оценок психически больных, влияющие на эффективность психосоциального лечения и реабилитации	
Кабанова Т.Н.	106
Сравнительная характеристика когнитивного функционирования пациентов с периодическими психозами	
Кидяева А.В.	108
Особенности темперамента больных непсихотической депрессией	
Ковалева А.В.	109
Эффективность психообразовательных программ для женщин с параноидной шизофренией на фоне абдоминального ожирения	
Коровина Л.Д.	110
Взаимосвязь между функциональной активностью рибосомных генов и клиническими проявлениями раннего детского аутизма	
Коровина Н.Ю., Маринчева Г.С.	112
Инсайт как посредник между стигмой и депрессией при шизофрении	
Крупченко Д.А., Котляр М.Э.	113
Социально значимые заболевания среди психически больных	
Куклина А.М.	115
Клинико-динамические аспекты острых психозов	
Кулешова Е.О.	116

Психотерапия психоза шизофренического спектра (клинический случай)	
Куликович А.Ю.	118
Изменения личности при эпилепсии	
Лаврущик М.В.	120
Когнитивный дефицит при разных формах шизофрении (первый психотический эпизод)	
Лебедева Г.Г.	121
Исследование обмена серотонина и катехоламинов у пациентов, страдающих компьютерной зависимостью	
Мавани Д.Ч., Дьяченко А.В.	122
Исследование особенностей узнавания и классификации эмоций в препубертатном и пубертатном периодах	
Макурин А.А.	124
Формирование бредовых идей на фоне информации о конце света	
Малышкина Ю.Н.	125
Удовлетворенность качеством психиатрической помощи молодых пациентов с шизофренией в зависимости от длительности заболевания	
Мальцева Е.А., Злоказова М.В.	126
Исследование особенностей воображения у больных шизофренией с бредовой симптоматикой	
Масленникова Е.А.	128
Изучение осознания болезни при шизофрении с помощью нейрокогнитивных методик	
Минаков А.А.	129
Особенности формирования и течения эмоциональных и когнитивных нарушений у лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт	
Михайлов В.Б.	130
Особенности поведения детей с перинатальным поражением центральной нервной системы	
Можаров Н.С.	132
Исследование уровня экспрессии генов, кодирующих серотониновые рецепторы в модели стресс-индуцированной депрессии	
Морозова А.Ю., Зубков Е.А., Мустафина Т.Б.	133

Влияние телевидения на психическое состояние детей и подростков	
Морозова И.В.	134
Оценка уровня стресса среди первокурсников медицинской академии	
Мышьянова С.И., Прокофьева С.А., Баклушина Е.К., Урсу А.В. ..	135
Казуистический случай само- и взаимопомощи при лечении шизофрении	
Несифорова О.И.	137
Вклад психотерапевтических мероприятий в комплексный реабилитационный процесс принудительного лечения	
Новотоцкая-Власова Е.В.	138
Анализ назначения антипсихотических средств больным параноидной шизофренией в стационарах различного типа	
Носова П.С.	140
Особенности отношения к своему здоровью людей в зависимости от самочувствия	
Петрова Е.А., Сараев А.В., Соколова Е.А., Урсу А.В.	141
Клинические характеристики и социальная адаптация пациентов с различными типами биполярного аффективного расстройства	
Пижамова Н.А., Романов Д.В.	142
Психоадаптивные и психодизадаптивные состояния у пациентов в предоперационном периоде аортокоронарного шунтирования	
Плотникова Н.С.	144
Диагностика депрессий методом анализа независимых компонент когнитивных вызванных потенциалов	
Полякова Г.Ю.	145
Типологическая дифференциация инволюционной истерии	
Поляковская Т.П.	147
Клинические оценки пациентов с умышленными самоотравлениями (по материалам многопрофильного стационара скорой помощи)	
Прокопович Г.А.	148
Коморбидность обсессивно-компульсивного и биполярного аффективного расстройства	
Резников М.К.	149
Исследование клинического, социального и реабилитационного аспектов госпитализма у пациентов общепсихиатрического стационара	
Российский В.В.	151

Жизненные ценности студентов первого и шестого курса медицинской академии	
Сидорова О.С., Салов С.А.	152
Коморбидность панического расстройства с агорафобией и расстройств, связанных с употреблением алкоголя	
Соболев Д.В., Павличенко А.В.	154
Реабилитационный подход: особенности коррекции нейрокогнитивного дефицита	
Спикина А.А., Савельев А.П.	155
Исследование невротизации комбатантов с экзогенно-органическим заболеванием головного мозга	
Стреминский С.Ю.	156
Сравнительная характеристика различных групп нейролептиков при поддерживающей терапии у больных с шизоаффективными расстройствами	
Сумарокова М.А., Щукина Е.П.	158
Модификация спектра психотропной активности атипичного антипсихотика рисперидона, применяемого при псевдоневротической шизофрении, в комбинации с феназепамом	
Сюняков Т.С., Шабанова А.А., Метлина М.В.	159
Исследование агрессивного поведения больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении в плановом отделении психиатрической больницы	
Ткачева И.В., Золотова А.Н.	161
Коморбидность шизофрении и акушерско-гинекологических нарушений: анализ причинно-следственных взаимоотношений	
Тюканько О.И., Кайшева Я.О., Жиляева Т.В., Горячева Е.Е.	162
Клинические особенности сенестопатически-ипохондрического симптомокомплекса у больных шизофренией	
Федулаев С.Ю.	163
Клинико-динамические характеристики нейрокогнитивных нарушений у больных параноидной шизофренией	
Ханнанова А.Н.	165
Изучение эффективности немедикаментозного способа лечения послеродовой депрессии	
Худикова А.Н.	166

Актуальность и эффективность комплексных реабилитационных мероприятий проводимых с больными шизофренией, с длительным сроком госпитализации	
Черкасов А.А.	168
Нарушение сна у женщин с шизофренией	
Четверикова С.Н., Ландышев М.А.	169
Клинико-динамическая характеристика больных с тревожно-фобическими расстройствами, помещенных в общепсихиатрический стационар, и мотивы их госпитализации	
Чугунов Д.А.	171
Социально-психическое функционирование у больных неманифестной приступообразной шизофренией с биполярными аффективными расстройствами	
Чуюрова О.Н.	172
Судебная психолого-психиатрическая экспертиза родителей, страдающих шизотипическим расстройством	
Шишкина О.А.	174
Влияние гормонального статуса на риски развития метаболического синдрома у пациентов с аффективными расстройствами	
Шманева Т.М.	175
Особенности Default mode network у пациентов лево-височной эпилепсией с сопутствующими непсихотическими аффективными нарушениями	
Шмелева Л.М.	177
Проблема повторных госпитализаций в психиатрический стационар	
Шутова Е.А., Багаутдинов М.Р.	178
Биологические маркеры психических расстройств	
Ягода С.А.	179
Динамика непсихотических психических расстройств у детей и подростков, страдающих эпилепсией в процессе терапии леветирацетамом	
Яковлева Ю.А.	181
Предикторы эффективности групповой когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексном лечении депрессивных расстройств в стационаре	
Ялтонская А.В.	182

Особенности показателей психометрических опросников качества жизни больных с нарушениями пищевого поведения (предварительные данные)

Абдраева Н.К., Брюхин А.Е.

Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность. К настоящему времени проведено не так много исследований по качеству жизни у пациентов с нарушениями пищевого поведения (НПП). С учетом показателей качества жизни возможно осуществить направленное, сбалансированное медикаментозное, психотерапевтическое и психосоциальное воздействие. В России на данный момент такого рода исследований не проводилось. Также не существует оригинального или переведенного и адаптированного опросника.

Цель данного исследования – получение информации о качестве жизни у пациентов с НПП и изучение взаимосвязи с предикторами психологических, соматических и социально-трудовых факторов адаптации пациентов.

В задачи исследования входило изучение показателей качества жизни и социального функционирования у больных с НПП, оценка их динамики в зависимости от вышеуказанных предикторов на до- и после- госпитальном этапе.

Материалы и методы исследования. Обследовались пациенты, госпитализированные с диагнозами «Нервная анорексия», «Нервная булимия» в психиатрическую больницу №14 г. Москвы и специализированную психоневрологическую городскую клиническую больницу №8 «Клиника Неврозов», в период с июня 2012 года по январь 2013 года. Для обследования применялся набор шкал, включающий SF-36, SCL-90, PSP, опросник Йеля-Брауна, тест на цветоощущение тела и шкалу самооценки депрессии Цунга, в адаптации Балашовой Т.Б. Также заполнялась индивидуальная карта пациента, проводились клинические методы обследования. Заполнение опросников происходило на этапе стационарирования и выписки.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 26,2 лет (диапазон – от 19 до 48 лет). За время исследования было стационарировано 35 больных, из которых 8 человек отказались принять участие в исследовании. Из давших согласие 27 больных, 12 по разным причинам выбыли из исследования на втором этапе. Таким образом, набор дан-

ных является неполным. Индекс массы тела обследованных составил от 13,2 до 31,6 кг/м² (средний – 18,9). Среднее значение шкалы самооценки депрессии Цунга составляет 47,8 баллов и демонстрирует отсутствие депрессии у подавляющего большинства пациентов. Шкала физического состояния здоровья (48 баллов из 100) показывает средний уровень, однако в подшкалах физического функционирования и интенсивности боли среднее значение составляет 78,9 и 65 баллов, соответственно. Среднее значение шкалы психического здоровья – 27,0 баллов из 100, что коррелирует с данными шкалы Йеля-Брауна (среднее значение – 28 баллов, что соответствует обсессивно-компульсивному расстройству тяжелой степени).

Выводы. Таким образом, подавляющее большинство больных не критично оценивают тяжесть соматической составляющей качества жизни, но довольно негативно оценивают уровень психического компонента и выраженность навязчивых мыслей. При этом представляется интересным и важным явная недооценка больными выраженности аффективной патологии, которая по данным клинических наблюдений является более тяжелой (подтверждается подшкалой депрессии SCL-90, среднее значение 1,94 показывает средний уровень депрессии).

Амнезия в структуре психогенных расстройств сознания

Альтман Ю.С.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Одной из ключевых проблем судебной психиатрии является проблема дифференциальной диагностики и судебно-психиатрической оценки кратковременных аффектогенных расстройств, протекающих с нарушениями сознания различной глубины. Они включают широкий спектр состояний, характеризующихся клиническим полиморфизмом с неоднородностью психопатологической структуры, при том, что одним из ведущих симптомов нарушения сознания остается амнезия. Тем не менее, до настоящего времени не существует единого мнения о роли амнестических расстройств в структуре тех или иных аффектогенных реакций, однозначных представлений об объеме (фрагментарность либо полное запоминание событий произошедшего), достаточном для квалификации того или иного варианта этих расстройств.

Целью данного исследования послужило выявление особенностей амнестических нарушений при психогенных расстройствах сознания. Объектом исследования явилась группа из 20 подэкспертных, у которых в момент совершения агрессивных действий обнаруживалось кратковременное расстройство с различной глубиной нарушения сознания: патологический аффект – 1, острая реакция на стресс – 3, острое психотическое расстройство – 2, физиологический аффект – 3, атипичный аффект – 3, кумулятивный аффект – 5, состояние эмоционального напряжения, существенно влиявшее на поведение в исследуемой ситуации – 4.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, статистический. Как видно из полученных результатов, в группе лиц с острой реакцией на стресс, патологическим аффектом и острым психотическим расстройством чаще всего наблюдалась полная амнезия с сохранностью воспоминаний о своих переживаниях перед деликтом. В группе с физиологическим аффектом превалировала частичная амнезия с фрагментарными воспоминаниями о своих переживаниях в момент правонарушения (страх, ужас). В группе с кумулятивным и атипичным вариантами аффекта выявлялась амнезия различного уровня (от полной до частичной), но всегда с сохранностью воспоминаний о своих переживаниях. У лиц с эмоциональным напряжением, оказавшим существенное влияние на поведение и приравненное к аффекту, во всех случаях выявлялась частичная фрагментарная амнезия событий произошедшего.

Выводы: амнестические расстройства встречаются в большинстве случаев при состояниях, протекающих с нарушением сознания, определенные виды амнезии наиболее характерны для тех или иных вариантов данных состояний, однако для их дифференциации данный критерий может использоваться только в сочетании с другими психопатологическими феноменами.

Экзаменационная сессия как причина невроза у студентов медицинского ВУЗа

Ахметова В.В.

Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность изучения невротических расстройств не вызывает сомнений и особую значимость приобретает в ВУЗах в силу высокой восприимчивости студентов к стрессам и значительными по сравнению с ССУЗаами физическими и психологическими нагрузками.

Цель. Изучение распространенности невротических расстройств у студентов медицинского ВУЗа и оценка возможной психотравмирующей роли экзаменационной сессии в их возникновении.

Материалы и методы. Сплошным методом обследованы 1169 студентов Читинской медицинской академии в течение первой недели после сессии. Разработана анкета, включающая социально-демографический блок, Клинический опросник выявления и оценки невротических состояний (1998), адаптированную Шкалу оценки влияния травматического события (1995). Для статистической обработки использовали пакет Statistica 6.0, значимость результатов оценивали по критерию χ^2 .

Результаты. У половины обследованных выявлены невротические расстройства, в 26% случаев достигающие очерченных клинических синдромов. Клинически преобладали тревожный и астенический синдромы (по 35%, $p < 0,02$), далее в порядке убывания – депрессивный, вегетативной дисфункции, обсессивно-фобический и истерический синдромы. Анализ шкалы влияния травматического события показал, что причиной невротических расстройств у студентов в 95% случаев ($p < 0,001$) является сессия, а развитие невроза происходит по психологическому механизму вторжения, избегания или возбуждения. Выявлена положительная корреляционная зависимость (по Спирмену) показателей шкалы оценки влияния травматического события и опросника невротических состояний ($r = 0,82$; $p < 0,01$). Невротическая симптоматика выявлена у 30% девушек, что в 2 раза выше по сравнению с юношами (18%, $p < 0,01$) и связано, вероятно, с большей эмоциональностью лиц женского пола.

Наиболее подвержены «экзаменационному стрессу» студенты, обучающиеся на «отлично» и «хорошо» по сравнению с троечниками и задолжниками ($p < 0,02$). Такая закономерность может быть связана с более высоким уровнем притязаний у студентов с хорошей успеваемостью. Более высокая выраженность невротической симптоматики отмечена у студентов лечебного факультета по сравнению с педиатрическим (32% против 19%, $p < 0,01$). Причина та же – проходной балл при приеме в академию на лечебном факультете выше ($p < 0,02$). Имеется прямая корреляционная зависимость между средним баллом в зачетке и выраженностью невротической симптоматики ($r = 0,9$, $p < 0,001$).

Максимальная выраженность невротической симптоматики отмечена у студентов 2-го (у 38%, $p < 0,001$) и 6-го курса (у 32%, $p < 0,01$) – в сессии с большим количеством экзаменов по базовым медико-биологическим дисциплинам и на выпускном курсе.

Наиболее высокая доля невротических нарушений выявлена у студентов из районов края, проживающих в съемной квартире или общежитии ($p < 0,01$) и у респондентов, имеющих свою семью и маленького ребенка ($p < 0,01$).

Выводы. Данные свидетельствуют о необходимости разработки программы психопрофилактики невротических нарушений у студентов-медиков.

Зависимость заболеваемости шизофренией от уровня рождаемости в соответствующих возрастных группах

Багаутдинов М.Р., Шутова Е.А.

*Республиканская клиническая психиатрическая больница,
Ижевск*

Актуальность. В настоящее время важное значение имеет планирование мощности психиатрической службы, в частности, клиник первого психотического эпизода. Это возможно при прогнозировании заболеваемости шизофренией. Исходя из зависимости дебюта шизофрении от возраста пациентов в условиях исторически подтвержденной стабильности заболеваемости в популяции, представляется возможным выявление зависимости первичной заболеваемости шизофренией от уровня рождаемости в соответствующей возрастной группе.

Цель и задачи исследования. Определение среднего возраста выявляемости шизофрении у пациентов города Ижевска, исследование корреляционной связи между рождаемостью и заболеваемостью с целью разработки практических рекомендаций исходя из прогноза заболеваемости шизофренией на основании сведений о рождаемости.

Материалы и методы исследования. Исследованы 247 случаев первичной заболеваемости шизофренией в городе Ижевске в период 2007-2012 гг. Использовались официальные статистические сведения о рождаемости. Применяемые методы: ретроспективный эпидемиологический анализ, статистическое исследование, для оценки достоверности различий – t -критерий Стьюдента, корреляции – r -критерий Пирсона.

Результаты и обсуждение. Средний возраст заболеваемости шизофренией в 2007-2012 гг. составил $26 \pm 4,8$ лет (для мужчин – $25,4 \pm 4,8$, для

женщин – $26,8 \pm 4,7$ года, $p \leq 0,05$). С 68%-ой вероятностью, лица с впервые выявленной шизофренией имеют возраст 20,6-31,5 лет. В исследовании выявлялась обратная корреляционная взаимосвязь между заболеваемостью и рождаемостью в конкретной возрастной группе. Указанные результаты были получены во всех случаях, корреляция характеризовалась средней или сильной степенью зависимости. Тотальная отрицательная корреляция свидетельствует о том, что по достижении возраста максимального риска, заболеваемость ожидается тем больше, чем меньше лиц этой возрастной группы было рождено. Исходя из этого, рост первичной заболеваемости шизофренией можно прогнозировать с 2017 года, так как к этому времени достигнут возраста наибольшего риска лица, родившиеся в 1992 году (начало формирования «демографической ямы»). Максимальная заболеваемость шизофренией прогностически ожидается к 2022 году, что в модели пациента соответствует «дну ямы» – 1996 году рождения. Социально-экономическое неблагополучие, приводящее к снижению рождаемости, параллельно может рассматриваться как фактор, способствующий реализации шизофренического процесса у лиц, имеющих генетическую предрасположенность. Полученные результаты применимы на практике при планировании мощности психиатрической службы.

Выводы. Имеется обратная корреляционная взаимосвязь между уровнями заболеваемости шизофренией и рождаемости в соответствующих возрастных группах. Представляется рациональным увеличение мощности службы первого психотического эпизода в Ижевске к 2017 году. Прогностический пик первичной заболеваемости шизофренией ожидается в Удмуртии к 2022 году.

Интегральное исследование индивидуальности

Бельских И.А., Плотников В.В., Плотников Д.В.,

Северьянова Л.А.

Курский государственный медицинский университет

В различных областях современной науки и практики остро стоит проблема интегрального изучения индивидуальности как биопсихосоциальной целостности.

Особый интерес в этом плане представляет когнитивный стиль (КС) конкретная/абстрактная концептуализация (КАК).

Цель работы – выявить психобиологическую структуру КС КАК, как

интегрального параметра индивидуальности. Материалы и методы исследования. Изучено 356 волонтеров, не предъявлявших жалоб на состояние психического и соматического здоровья. КС КАК исследовалась методикой дискриминации свойств понятий (МДСП). МДСП направлена на изучение КС КАК и выявление его квадриполярной структуры. Психометрический уровень способности к понятийному мышлению оценивался с помощью субтестов «Понятливость» и «Нахождение сходств» вербальной шкалы теста интеллекта Векслера. Эмоционально-волевая сфера исследовалась тестом акцентуации свойств темперамента (ТАСТ), измеряющим отдельные свойства темперамента и их сочетание. Нейрофизиологическое исследование велось на базе концепции индивидуальной активации ЦНС. Исследовались электрокортикальные и вегетативные показатели активации центральной нервной системы.

Результаты исследования. На первом этапе изучение структуры КС КАК, с помощью МДСП подтвердило предположение о его квадриполярной структуре. Полюс абстрактности включал: абстрактных субъективированных и абстрактных реалистических испытуемых. Полюс конкретности: конкретных субъективированных и конкретных реалистических. На следующем этапе при сопоставлении психометрических способностей и КС КАК выявлялась статистически высоко достоверная связь ($r=0,51$ и $r=0,58$). Далее сопоставлялись результаты исследования КС КАК с данными изучения испытуемых ТАСТ. Выявлено, что акцентуация эмоциональной нестабильности и предметной активности смещает КС КАК к полюсу конкретности ($r=0,46$ и $r=0,9$), а эмоциональной стабильности к полюсу абстрактности ($r=0,42$). На заключительном этапе исследовалась соотношение нейрофизиологических показателей индивидуальной активации ЦНС с параметрами КС КАК. Установлено, что полюс абстрактности соотносится с однонаправленным смещением активности автономной нервной системы в направлении симпатикотонии, а полюс субъективированности – к парасимпатикотонии. По электрокортикальным показателям полюс абстрактности соотносится с более высокими спектрами мощности ритмов. Полюс субъективированности соотносится с увеличением спектра мощности дельта-ритма ($p<0,001$).

Выводы. Установлено, что КС КАК четко соотносится с эмоциональными, психометрическими характеристиками индивидуальности и нейрофизиологическими показателями индивидуальной активации ЦНС. Все сказанное позволяет считать КС КАК интегральным параметром индивидуальности: в нем сопряжены ментальные, личностные, нейрофизиологические характеристики индивидуальности. Данный КС не идентичен ни одному из его компонентов, а характеризуется новыми системными

качествами, являющимися результатом интеграции компонентов в единую систему.

Исследование патопсихологических факторов риска внутрибольничной агрессии у лиц мужского пола, находящихся на принудительном лечении

Белякова М.Ю., Кузнецов Д.А.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Актуальность. Внутрибольничная агрессия опасна для здоровья самих больных и их жертв, оказывает негативное влияние на моральное и эмоциональное состояние персонала, снижает привлекательность работы в психиатрических учреждениях, отрицательно сказывается на терапевтическом климате лечебного учреждения в целом, может требовать и дополнительных финансовых затрат. В отличие от клинических факторов патопсихологические факторы внутрибольничной агрессии изучены недостаточно.

Цель: исследование психологических факторов внутрибольничной агрессии различных категорий больных в зависимости от нозологической принадлежности.

Материал исследования: 174 человека мужского пола, находящихся на принудительном лечении. Внутри группы пациентов было примерно поровну лиц с диагнозом шизофрения и органическое психическое расстройство. Методический комплекс: методика изучения стилевых особенностей саморегуляции (Моросанова В.И., 1998); Опросник самоконтроля (Грасмик, 1993, в адаптации Булыгиной В.Г., 2008); Восприятие социальной поддержки (Zimet, 1988, в адаптации Ялтонского В.М., Сирота Н.А.); Методика самоотчёта SCL-90 (Derogatis L.R., 1974); Личностный опросник агрессивности Баса-Пери; Методика исследования самооотношения (Столин В.В., Пантилеев С.Р., 1988). Также всем пациентам было проведено стандартное патопсихологическое исследование.

Результаты. У больных шизофренией были выявлены следующие факторы риска внутрибольничной агрессии: астеничность как патохарактерологическая особенность; дисгармоничный профиль самооотношения с одновременно низким самопринятием, внутренней конфликтностью и самообвинением. У больных органическим психическим расстройством

к факторам риска внутрибольничной агрессии относятся: ослабление критики к своему поведению; повышенная возбудимость; внушаемость; эмоциональная неустойчивость; интеллектуальная несостоятельность; недостаточная способность ориентироваться в практических и житейских ситуациях; нарушение динамического аспекта познавательных процессов; инертность мышления. Нарушавших режимные требования отличала астеничность как индивидуально-психологическая особенность; низкие показатели агрессивности; дисгармоничное самоотношение в виде сочетания низкого самопринятия и внутренней конфликтности, самообвинения, устойчивость асоциальных установок.

Выводы. Контроль и учет всех факторов риска внутрибольничной агрессии способен привести к повышению уровня безопасности и снижению случаев агрессии.

Распространенность невротических и алкогольных расстройств у врачей

Бодагова Е.А.

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность. Врачебная профессия всегда обладала огромной социальной важностью, поскольку на медицинских работников ложится ответственность за физическое и психологическое здоровье человека. В современных условиях и продолжающихся реформ в здравоохранении существенно возросли психологические нагрузки на медицинских работников, тогда как специальных исследований по изучению состояния психического здоровья врачей с учетом региональных особенностей практически не проводилось.

Целью настоящего исследования было выявление невротических и алкогольных расстройств у врачей лечебных учреждений Забайкальского края. Материалы и методы. Было обследовано 383 врача городских и краевых стационаров города Читы, среди них 65,8 % женщин (252) и 34,2 % мужчин (131) в возрасте от 23 до 70 лет. Распространенность невротических расстройств у врачей определяли с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (2005). Для установления алкогольных проблем использовалась анкета-опросник Л.Т. Морозова (2000-2012). Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) или употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) использовались критерии МКБ-10. Статистическая обработка полученных резуль-

татов осуществлялась при помощи стандартной программы «Statistica 6.0 for Windows» с применением непараметрического критерия – хи-квадрат Пирсона (χ^2).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что из 383 обследованных врачей лишь у 35,5% ($n=136$) не было выявлено признаков невротических нарушений, тогда как у остальных 64,5% ($n=247$) имелись либо уже сформированные невротические расстройства, либо пограничные (предболезненные) состояния. Так, у 37,8% были выявлены признаки невротической депрессии (F43); у 24,5% – тревожных расстройств (F41); у 23,5% – астенических нарушений (F48.0); у 22,7% – вегетативных расстройств (F45.3); у 20,8% – нарушения истерического типа реагирования (F44) и у 17,3% – обсессивно-фобические расстройства (F42). При этом невротические расстройства чаще встречались среди женщин ($p=0,03$). Такие расстройства как тревожные, астенические и вегетативные чаще встречались у врачей скорой медицинской помощи ($p=0,01$), тогда как расстройства истерического спектра являлись преобладающими среди врачей терапевтического профиля ($p=0,02$). При обследовании врачей наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена в 10,6% случаев, в том числе употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) было выявлено у 8,0% врачей, а синдром зависимости от алкоголя (F10.2) – у 2,6%. При этом наркологическая патология была диагностирована у каждого четвертого врача-мужчины – 25,2% и встречалась практически в 8 раз чаще, чем у женщин – 3,1% ($p=0,0001$). Среди врачей с пагубным употреблением алкоголя и страдающих алкогольной зависимостью преобладали хирурги – 28,4% ($p=0,001$).

Выводы. Таким образом, у подавляющего большинства врачей имеются признаки невротических расстройств болезненного и пограничного уровня – 64,5%, а выявленная распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей составляет 10,6%.

Роль гиперпролактинемии в формировании депрессии при шизофрении

Бубнова Ю.С.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Актуальность. Несмотря на то, что депрессия – один из частых сим-

птомов шизофрении, механизмы ее формирования до настоящего времени остаются дискуссионными. Наряду с личностно-реактивной, морбогенной гипотезой, обсуждается роль фармакотерапии в развитии депрессии у больных с шизофренией. Прежде всего, это относится к связи экстрапирамидной симптоматики с депрессией, но появление атипичных антипсихотиков, действие которых в меньшей степени сопряжено с неврологическими побочными эффектами не повлекло уменьшения регистрации депрессии среди этой группы пациентов. При этом роль нейролептической гиперпролактинемии (ГП) в формировании депрессии обсуждается существенно реже, хотя имеются убедительные данные о влиянии повышения уровня пролактина на аффективную сферу у пациентов с эндокринологическими заболеваниями.

Цель исследования: изучение влияния ГП на риск развития депрессии у больных шизофренией. Задачи исследования: изучить связь депрессивной уязвимости и уровня пролактина, проанализировать клинические особенности депрессии у больных шизофренией с ГП.

Материалы и методы. Обследовано 49 пациентов с преимущественно параноидной шизофренией в стадии обострения с длительностью нейролептической монотерапии не менее 2 недель. 20 пациентов получали терапию традиционными, 29 атипичными антипсихотиками. Исследование включало клинико-психопатологический, клинико-лабораторный и психометрический методы. Для оценки депрессии использовали шкалу депрессии Калгари.

Результаты и обсуждение. 86% обследованных больных имели гиперпролактинемия. У 57% больных уровень пролактина превышал 50 нг/мл (1000 мЕд/л). У женщин уровень пролактина был достоверно выше, чем у мужчин ($p < 0,05$). Депрессия была установлена в 37% случаев (52% обследованных женщин и 28% мужчин). В группе пациентов с уровнем пролактина больше 50 нг/мл регистрация депрессии, а также неврологических побочных эффектов (акатизии), достоверно выше ($p < 0,05$). Риск развития депрессии увеличивался в 2 раза при повышении уровня пролактина более 100 нг/мл. С повышением уровня пролактина выше 50 нг/мл нарастала представленность определенных депрессивных симптомов (чувства вины, ранних пробуждений и суицидальных тенденций), что может свидетельствовать о специфичности клинической структуры депрессии, развивающейся в условиях гиперпролактинемии. Выраженность акатизии и гиперпролактинемии достоверно выше в группе больных шизофренией с депрессией. Корреляционный анализ подтвердил прямую зависимость между уровнем пролактина и наличием депрессии ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, получены данные, свидетельствующие о роли ГП в развитии депрессии. Выявлены клинические симптомы депрессии, имеющие связь с повышением уровня пролактина.

Психопатология ритуального поведения: диагностические и прогностические аспекты

Бутылин Д.Ю.

*Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова*

Актуальность исследования. Как в классических руководствах, так и в современной литературе существует большое количество противоречивых толкований понятия ритуального поведения. В традиционном понимании к ритуалу относятся защитные действия символического характера, которые, в отличие от прямой защиты, не направлены на избавление от непосредственного контакта с провоцирующими факторами, не обладают логической связью с obsессией. Вопросы дифференциальной диагностики ритуального поведения больных с obsессивно-компульсивной симптоматикой при затяжных формах невротических расстройств и расстройствах шизофренического спектра вызывают значительные затруднения.

Целью исследования является разработка клинико-психопатологических критериев дифференциальной диагностики ритуального поведения при психогенных заболеваниях с затяжным типом течения и шизофрениии.

Материалом исследования служили данные результатов обследования 41 больного, возраст которых составлял от 17 до 64 лет, 20 мужчин и 21 женщина. Тревожно-фобические и obsессивно-компульсивные расстройства были представлены тремя основными синдромами: навязчивости экстракорпоральной угрозы, навязчивости повторного контроля и контрастные навязчивости. Основной метод обследования – клинико-психопатологический. Для количественной оценки выраженности психических нарушений использовались клинические шкалы: стандартизированная шкала общей оценки функционирования (GAF) и obsессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна.

Результаты исследования. Вопреки мнению о том, что символическая защита характерна для больных с невротическими расстройствами при шизофрениии (Карвасарский Б.Д., 1980), ритуальное поведение в сравниваемых группах наблюдалось с равной частотой. Однако клинико-психопатологический анализ позволил выделить качественные различия ритуального поведения у больных с затяжными невротическими

расстройствами и вялотекущей шизофренией. Сложные ритуалы, при которых больные одновременно выполняли защитные движения и действия (моторный компонент ритуала) и произносили вслух или проговаривали про себя определенные фразы (идеаторный компонент ритуала), достоверно чаще наблюдались у больных шизофренией ($p \leq 0,05$). Кроме того, для больных шизофренией при выполнении ритуала имел значение не только характер произносимых фраз и производимых действий, но и их количество и последовательность ($p \leq 0,05$). Более того, для больных вялотекущей шизофренией условием действенности ритуала являлось выполнение защитных действий в строго определенном месте ($p \leq 0,05$). При шизофрении развитие ритуала могло наблюдаться одновременно с возникновением obsessions, тогда как при пограничных расстройствах появлению ритуала предшествовал этап прямой защиты в виде поведения избегания или повторных проверок и перепроверок.

Выводы. Разработка дифференциально-диагностических критериев ритуального поведения позволит повысить эффективность лечения путем формирования более четкой психопатологической оценки психических нарушений и сделать верный прогноз.

«Субъективная психология» истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций

Войнова Н.А., Воскресенский Б.А.

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова, Москва*

Актуальность. Истинные галлюцинации (ИГ) и псевдогаллюцинации (ПГ) – классические проявления психической патологии. Вопрос об их соотношении с процессами восприятия и представления дискутируется до настоящего времени. Ответы могут быть, в частности, найдены при изучении субъективной (рефлексируемой самим больным) организации психики.

Цель исследования – выявить субъективное, констатируемое самим больным, соотношение ИГ и/или ПГ с процессами восприятий и/или представлений.

Материалы. Исследование проводилось на базе психиатрической больницы №1 им. Н.А. Алексеева. Были сформированы 3 группы. Первая группа – больные с расстройствами шизофренического спектра (F20, F23 по МКБ-10), в структуре которых имелась ИГ и ПГ симптоматика (25 человек). Вторая группа – больные с расстройствами аффективного спектра (F31) без психотической симптоматики (5 человек). Третья группа – 15 здоровых человек. Условия включения – отсутствие специальных психолого-психиатрических знаний, для больных – длительность заболевания 5 лет и более (для катамнестической подтвержденности диагноза). Методы исследования – клиничко-психопатологический, использование специального опросника при работе с пациентами 1 группы, с помощью которого выявлялось наличие ИГ и/или ПГ, предлагалось соотнести свои «голоса» с восприятиями и представлениями, объяснить свой выбор. Группам 2 и 3 предлагалось дать трактовку понятиям «восприятие» и «представление» на основании житейского их понимания и предположить, с которыми из них могут соотноситься «внутренние» и «внешние» «голоса», возникающие у некоторых больных.

Результаты. В ряду группа 1 – группа 2 – группа 3 наиболее спонтанный, без затруднений ответ удавалось получить в группе 1, то есть при наиболее тяжелой психической патологии. Представленные больные понимали как психический процесс, полностью им принадлежащий. В 3 группе затруднялись ответить сразу, но в дальнейшем формулировки находились и были близки к академическим (имелись в виду «внешние голоса»; вопрос же о «внутренних голосах» был непонятен). Группа 2 занимала промежуточное положение. Вопреки исходным соображениям о том, что ИГ коррелируют с восприятиями, больные из группы 1 предпочтительно соотносили с восприятиями свои ПГ, что в определенной степени парадоксально: расстройства более «сложные», а психический процесс – более «простой», менее субъективно обусловленный. Оценка ИГ была более неопределенной. Эта парадоксальность раскрывается в пояснениях, даваемых больными: «воспринимаю от», а не «что», то есть имеет место переосмысление восприятия как явления, чуждого их психической деятельности вследствие его насильственности.

Выводы: 1. ИГ и ПГ расстройства носят характер самостоятельных, качественно новых переживаний и не могут считаться нарушением восприятий, представлений. Соотнесение с нормальными психическими функциями весьма условно. 2. В ходе расстройств шизофренического спектра наблюдается формирование более сложной и противоречивой организации психики. Полученные результаты и сделанные на их основе выводы в перспективе обосновывают возможности для психотерапии.

Психологическое исследование личности врача в отношении к профессиональной деятельности

Воронин А.Н., Николаев Е.Л.

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары*

Актуальность. Успешность выполнения врачом своих профессиональных обязанностей зависит от множества факторов, в числе важнейших из которых – здоровье самого врача, как представителя группы риска по развитию эмоционального выгорания. Поэтому немаловажными и недостаточно изученными остаются вопросы профессионального самоотношения врача, как одного из факторов, влияющего на его трудовую эффективность.

Цель работы: изучение структуры самоотношения личности врача, как субъекта профессиональной деятельности с учётом специфики медицинской специальности, пола, возраста, стажа работы. Материалы и методы. Исследован 51 врач (средний возраст – $37,4 \pm 12,0$ года), из которых 80,4% женщин и 19,6% мужчин. Использовался Опросник профессионального самоотношения (К.В. Карпинский, А.М. Кольшко). Проводился анализ средних величин, относительных величин, подсчет t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. При сравнении испытуемых с учётом специфики профессиональной деятельности у врачей плановой помощи выявлены достоверно более высокие показатели самообвинения в профессии, что характеризует их, как людей, более склонных к самобичеванию, излишней самокритике и болезненному переживанию ситуаций профессионального неуспеха. Данные результаты можно объяснить тем, что эти врачи реже сталкиваются с клинически «тяжёлыми» пациентами, их деятельность более рутинная, в большей степени регламентирована стандартами оказания медицинской помощи.

При сравнении врачей с учетом стажа работы, у начинающих специалистов выявлены низкие значения по самоуверенности и самопривязанности в профессии, самооценке личностного роста в профессии, самоуважению в профессии и общей позитивности профессионального отношения, а также достоверно более высокие значения по показателям внутренней конфликтности профессионального самоотношения и самоуничижения в профессии. Полученные результаты свидетельствуют о том, что с увеличением стажа работы возрастает уверенность специалиста в собственных профессиональных силах и возможностях, но, одновременно

с этим, наблюдается негативная тенденция, выражающаяся в снижении стремления к продолжению совершенствования профессиональных навыков и умений. Достоверные гендерные различия не выявлены.

Выводы: 1. Врачебная деятельность, связанная с оказанием плановой медицинской помощи, сопровождается более высоким уровнем профессионального самообвинения, что отличает ее в негативную сторону от деятельности, связанной с работой в условиях экстренной медицинской помощи. Излишняя самокритика и болезненное переживание профессиональных неудач могут стать факторами, способствующими дезадаптации личности врача. 2. Стаж и возраст врача, с одной стороны, способствуют росту его профессионализма, уверенности, ощущения собственной значимости, преодолению внутренней конфликтности, с другой, могут стать естественным ограничителем личностного роста и профессионального развития, что также может сказываться на эффективности оказываемой им медицинской помощи.

Роль психообразовательной работы в семьях пациентов, страдающих шизофренией

Воронов В.А.

*Вологодский областной психоневрологический диспансер №1,
Череповец*

Значение психосоциального влияния семьи на течение шизофренического процесса и на социальную адаптацию больных шизофренией бесспорно. При этом первый психотический эпизод болезни является тяжёлым биологическим и социальным стрессом не только для больного, но и для его родственников. Психообразовательный модуль насчитывает от 8 до 10 занятий, каждое длительностью 60-90 минут. Частота встреч – 1 раз в неделю. Проводится в закрытых группах, численностью 6-8 человек. Приоритетное направление – семьи пациентов, страдающих шизофренией, особенно впервые заболевших.

Наряду с психообразовательным, применяется также групповой и тренинговый подход, используются ролевые игры. За 2011-2012 гг. проведено 7 психообразовательных модулей. Задействовано 50 семей, чьи родственники страдают шизофренией и проходят лечение в отделении. Оценка эффективности психообразовательной программы проводилась с помощью опросника «Шкала оценки нагрузки на семью». По результатам проведенной работы было выявлено значительное снижение нагрузки

на семью, уменьшение показателей по негативным шкалам и увеличение по позитивным в среднем на 3-5 баллов. Уменьшение нагрузки на семью связано, с выработкой у родственников понимания причин неправильного болезненного поведения, лучшей информированностью родственников о функциях различных психиатрических служб, появлением у родственников возможности открыто обсудить свои семейные проблемы в безопасной обстановке группы, поделиться своими трудностями с людьми, имеющими сходные проблемы, перенять опыт успешного их преодоления. Оценивалась также кратность госпитализаций в стационар до и после вмешательства пациентов, родственники которых прошли через психообразовательный модуль. Из 15 первичных больных на настоящий момент после проведенной работы поступили лишь трое, ремиссия составила более 6 месяцев. По повторным пациентам катamnестически было оценено среднее число госпитализаций за год до вмешательства и после. Данный показатель снизился с 1,5 до 0,5 госпитализаций в год. Представляется, что на снижение повторных госпитализаций существенное влияние оказало обеспечение родственниками комплаентности пациентов, активизация взаимодействия с участковым врачом. Еще один важный фактор – нормализация отношений пациентов с их родственниками. Конфликты в семье являются сильнейшим стрессором, воздействие которого негативно влияет на психическое состояние больных, в свою очередь родственники часто решают конфликт с помощью госпитализации пациента. Итак, можно сделать вывод, что групповая работа с родственниками пациентов является эффективным методом психосоциального вмешательства, приводящего к уменьшению выраженности психопатологической симптоматики, повышению уровня комплаентности пациентов, улучшению психоэмоционального климата в семье, снижению частоты регоспитализаций за счет вовлечения ближайшего окружения пациента в процесс лечения.

Ингаляционная терапия ксеноном психических расстройств в многопрофильном общесоматическом стационаре (натуралистическое исследование)

Генно А.С., Павличенко А.В.

Городская клиническая больница №20, Москва

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

Одним из новых направлений лечения больных с психическими забо-

лениями является ингаляционная терапия ксеноном. В ряде публикаций была показана его возможность влиять на разные типы рецепторов (болевые, бензодиазепиновые, серотониновые, гистаминовые, NDMA). Ингаляционный путь введения препарата является безопасным и обеспечивает быстрое наступление терапевтического эффекта.

Целью исследования являлось выявление терапевтических возможностей ксеноноотерапии у лиц с психическими расстройствами в многопрофильном стационаре. Материалы и методы. В исследование были включены 39 пациентов ГKB №20 г. Москвы с коморбидной соматической и психиатрической патологией. Психические заболевания были представлены расстройствами тревожно-депрессивного спектра (15 больных), абстинентными состояниями в рамках синдрома зависимости от опиатов или алкоголя (14 больных) и органическим поражением головного мозга травматического генеза (10 больных). Среди соматических заболеваний преобладали сердечно-сосудистые и пульмонологические расстройства. У лиц с болезнями зависимости в первые сутки применялись 3 ингаляции, а в последующем 1 ингаляция в день. Другие пациенты получали 1 ингаляцию в день на протяжении всего срока лечения. Средняя длительность терапии составляла 3-5 суток.

Результаты. Подавляющее большинство пациентов в целом хорошо переносили терапию ксеноном. У лиц с наркологическими заболеваниями через 30 секунд после начала ингаляции происходила нормализация пульса и артериального давления. Сразу после окончания сеанса они, как правило, засыпали, а после пробуждения отмечали значительное уменьшение или полное исчезновение болей в ногах, тревоги и страха. На 2-3 сутки отмечалось улучшение качества сна. Пациенты с тревожно-депрессивными состояниями и органическим заболеванием ЦНС сразу после сеанса, наоборот, становились более общительными, у них ускорялась речь, улучшалась память, увеличивался темп мышления. В последующем у них отмечалось ослабление выраженности вегетативных расстройств, редукировались эпизоды спутанности сознания, эпизоды тревоги, улучшался сон. Лечение ксеноном хорошо переносилось и позволяло сократить длительность проявлений абстинентного синдрома, а также снизить или отказаться от сопутствующей терапии нейролептиками, транквилизаторами и анальгетиками (в кратковременной перспективе) у лиц с различными психическими заболеваниями.

Выводы. Проведенное натуралистическое исследование продемонстрировало эффективность ксеноноотерапии у больных общесоматического стационара с преобладанием в клинической картине тревожных расстройств, инсомнии и абстинентного синдрома. Однако, полученные

выводы следует считать предварительными, что связано с открытым дизайном исследования, небольшим размером выборки и отсутствием использования психометрических инструментов.

Направления снижения уровня проблем, связанных с потреблением алкоголя

Гольчикова И.П.

*Северный государственный медицинский университет,
Архангельск*

Среди мер, направленных на снижение уровня связанных с алкоголем проблем (алкогольная политика, которая включает правовые, экономические и физические факторы), можно выделить следующие:

1) законодательный контроль доступности алкоголя (государственная монополия, налогообложение, акцизные марки),

2) меры, связанные с ограничением продаж алкоголя, которые, впоследствии, должны привести к снижению спроса на него и формированию здорового образа жизни (образование, ограничение времени продаж, увеличение акцизных сборов, минимизация цены на продажу и другое),

3) меры, направленные на решение конкретных и региональных проблем, связанных с потреблением алкоголя (например, вождение в пьяном виде).

Антиалкогольная кампания закончилась распадом СССР. Монополия государства на алкоголь в России была упразднена вместе с плановой экономикой. Теперь сверхприбыли получают частные предприниматели, зачастую, контролируемые организованными преступными сообществами. Результатом стало резкое увеличение потребления алкоголя. В правительстве рассматривают возможность введения госмонополии на розничную торговлю алкоголем. Законопроект предполагает допуск к производству и обороту спирта только компании, контрольным пакетом которых владеет государство. Государственная монополия могла бы упорядочить производство и реализацию алкогольной продукции, улучшить контроль за её качеством, так как в России существует много подпольных цехов по производству контрафактного алкоголя, что наносит существенный вред её потребителям и экономике страны. Добиться уменьшения потребления алкогольной продукции можно с использованием различных превентив-

ных мер включающих в себя: ограничение времени продаж (например, с 21 до 10 ч.), соблюдение возрастных цензов покупателей алкогольной продукции, запрет или резкое ограничение рекламы в СМИ и на телевидении. Запрет на продажу алкоголя во время проведения массовых мероприятий и праздников, учет места расположения магазинов по продаже алкогольной продукции в соответствии с требованиями законодательства. Часть средств полученных от акцизных сборов желательно направлять в лечебные учреждения и некоммерческие общественные организации для пропаганды здорового образа жизни и проведения лечебно-реабилитационных программ лицам сформировавшим признаки злоупотребления алкоголем. Упорядочение цен, включая акцизные сборы, ведет к повышению наполняемости бюджета и развитию экономики страны, в целом. Законодательные требования связаны с ограничением потребления алкоголя: управления автотранспортным средством допускается при отсутствии алкоголя в крови, запрете продажи алкоголя лицам не достигшим 18 лет, появление в состоянии алкогольного опьянения в общественных местах и на производстве. Производство нелегальной алкогольной продукции (самогонование, кустарное производство) преследуется законодательными мерами вплоть до лишения свободы.

Для формирования общественной поддержки необходима совместная работа экспертного сообщества и властных структур.

Экспресс-тестирование на употребление наркотических веществ, как метод первичной профилактики наркомании: отношение студенческой молодежи к данному методу

Горячева Е.Е., Лацплес П.Р., Лунёв А.Д.

Нижегородская государственная медицинская академия

Актуальность. На протяжении последних лет на территории РФ отмечается относительная стабилизация (с тенденцией к росту) показателей распространённости синдрома зависимости от наркотических веществ. Выдвинутое предложение президентом РФ Дмитрием Медведевым 18 апреля 2011 года о принятии федерального закона о тестировании школьников на наркотики с использованием экспресс-тестов, как метод первичной профилактики, вызвало неоднозначную реакцию специалистов-наркологов и в обществе в целом.

Цель и задачи. Изучение отношения студентов медицинского ВУЗа к проведению экспресс-тестирования на наличие наркотических веществ в организме, а также косвенное определение распространенности употребления наркотических веществ среди студентов.

Материалы и методы. В качестве метода использовалось анкетирование с использованием специально разработанного опросника. Всего в анкетировании приняли участие 467 студентов, среди них 120 юношей и 346 девушек. Средний возраст участников составил $17 \pm 0,31$ года.

Результаты и обсуждение. К проведению тестирования на употребление наркотиков положительно отнеслись 53% опрошенных, 32% безразлично, 6% отрицательно. Среди респондентов 97% не испытывают страха либо неуверенности, зная о возможности предстоящего тестирования. На вопрос: «Как может повлиять на Ваше отношение к наркотикам тестирование?» 96% респондентов ответили, что никогда не употребляли наркотические вещества; 1% заявил, что тестирование никак не повлияет на их отношение к наркотикам и они продолжают их употреблять. Столько же респондентов заявили, что прекратят употребление наркотических веществ, если будет введено экспресс-тестирование; ограничат употребление 1,5% опрошенных. Таким образом, 3,5% опрошенных студентов периодически или постоянно употребляют наркотики. На вопрос «Сколько Ваших друзей прекратили бы употребление наркотиков, зная о предстоящем тестировании» затруднились ответить 68% респондентов. 20% студентов отметили, что ни один из их знакомых не отказался бы от наркотиков, зная о тестировании. 89% студентов указали, что употребление наркотиков в их учебном коллективе «не одобряется». Половина опрошенных заявили, что родители отнеслись бы к предстоящему тестированию их детей на употребления наркотиков безразлично, что может косвенным образом отражать недостаточную информированность семей по проблеме распространенности наркотических веществ в молодежной среде. На вопрос «На Ваш взгляд, сохраняется ли тайна в отношении результатов тестирования?» 43% опрашиваемых ответили утвердительно, 16% — отрицательно (сочли, что результаты будут известны многим).

Выводы. 1) Студенты, в целом не имеют четкого представления о юридических последствия факта употребления наркотических веществ; 2) 3,5% студентов периодически или постоянно употребляют наркотические вещества; 3) В молодежной среде достаточно широко распространено употребление наркотических веществ (20% студентов отметили, что ни один из их знакомых не отказался бы от наркотиков, зная о тестировании).

Стигматизация и уровень психиатрической грамотности

Гудова С.И.

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Психиатрия – динамично развивающаяся область медицины. Тем не менее, не теряет актуальность одна из старейших проблем – феномен стигматизации. Многие авторы указывают на эффективность информационно-разъяснительных и образовательных программ в ее решении. В связи с этим представляет интерес, насколько меняется мнение студентов о психически больных после изучения психиатрии.

Цель исследования: изучить зависимость стигматизации пациентов психиатрического профиля от уровня психиатрической грамотности. Материалы и методы. С помощью разработанной нами анкеты опрошено 150 человек в возрасте от 21 до 29 лет (50 студентов до прохождения цикла психиатрии, 50 студентов – после, и 50 людей без медицинского образования).

Результаты и их обсуждение. Среди лиц без медицинского образования 34% считают, что психические заболевания неизлечимы, среди студентов, не прошедших курс психиатрии – 26%, по завершении курса – 16%. Около трети (30%) респондентов, не имеющих отношения к медицине, согласились, что психически больных людей допускают только к примитивной работе; так считали 18% студентов до изучения психиатрии и 15% после изучения. В немедицинской среде выше процент людей, считающих, что психически больные не могут жить в браке, воспитывать детей (23%). С этим согласны 8% студентов, не изучавших психиатрию и 6% изучавших. С тем, что все психически больные – инвалиды, согласны 30% лиц без медицинского образования, 10% студентов, не прошедших курс и 7% завершивших обучение на кафедре. Опасными психически больных считают 27% лиц без медицинского образования, изучавших психиатрию – 14%, студенты, не прошедшие курс психиатрии – 20%. Среди людей, без медицинского образования, 32% считают, что после госпитализации данные передаются по месту учебы/работы, 25% – участковому полицейскому, среди студентов до изучения психиатрии – 22% и 6%, соответственно.

Выводы. Таким образом, выявлена связь между уровнем образования в области психиатрии и отношением к пациентам данного профиля. На это указывает снижение процента положительных ответов, отражающих пренебрежительное, негативное отношение к психически больным,

между людьми без медицинского образования, студентами до изучения психиатрии и после. Можно сделать вывод, что образовательная работа эффективна в борьбе со стигматизацией и должна быть направлена на широкие массы населения. Несмотря на это, при достаточном уровне знаний по психиатрии, распространены убеждения о том, что психически больные опасны, способны выполнять только примитивную работу, не могут иметь семью. Следовательно, при проведении практических занятий, требуется уделять больше времени вопросу стигматизации. В то же время, среди лиц, без медицинского образования, количество ответов, отражающих стигматизирующее отношение, в большинстве вопросов не выше одной трети от общего числа. Это свидетельствует о несвободе общества от стигматизирующих убеждений, но и указывает на перспективы в преодолении данной ситуации.

Особенности спектра психофармакотерапии, применяемой в кардиологической практике у пациентов с ишемической болезнью сердца

Давыдова Ю.С., Курбатова О.А.

*Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1
им. Н.П. Каменева*

Актуальность. Депрессия не только является фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), но и значительно отягощает ее клиническое течение, а также влияет на прогноз заболевания. Больные ИБС с коморбидной депрессией чаще жалуются на приступы стенокардии, ограничение физической активности, имеют низкий функциональный статус, более низкое качество жизни, реже возвращаются к трудовой деятельности после перенесенного инфаркта миокарда или аортокоронарного шунтирования (АКШ), чем пациенты без депрессии.

Цели и задачи. Изучить спектр психофармакотерапии, назначаемой пациентам, страдающим ИБС с коморбидной депрессией и без неё в кардиологической практике. Материалы и методы. В исследовании участвовали 120 пациентов в возрасте от 40 до 55 лет, страдающие ИБС, у 60 пациентов наблюдалась депрессия легкой и умеренной тяжести (основная группа), а у 60 пациентов не зафиксировано депрессивных расстройств. У 27 пациентов основной группы (45%) в анамнезе перенесенный острый инфаркт миокарда, в то время как в контрольной группе данная патология встречалась только у 10 пациентов (20,8%).

Результаты и обсуждение. Исследуя назначенную кардиологами психофармакотерапию, оказалось, что она проводилась 43 пациентам в основной группе, то есть в 71,7% случаев, а в контрольной группе назначалась с меньшей частотой 29 пациентам (48,3%). Причем кардиологи назначали в большей степени транквилизаторы как в основной у 25 человек (41,7%), так и в контрольной группах – 15 человек (25%). Из них бензодиазепиновые анксиолитики предпочитались в большей степени в основной группе в 18 случаях (30%), а в контрольной составили всего 9 (15%). Частота применения препаратов небензодиазепинового ряда в обеих группах была практически идентичной в основной группе у 7 пациентов (11,7%), в контрольной – у 6 (10%). Также для лечения кардиологи использовали трициклические антидепрессанты, которые назначались достаточно редко как в основной группе – 6 пациентов (10%), так и в контрольной – 2 пациента (3,3%). Антидепрессанты нового поколения, такие как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина назначались крайне редко как в основной у 2 человек (3,3%), так и в контрольной группах – 1 (1,7%). Малые нейролептики применялись также редко в основной группе в 3 случаях (5%), как и в контрольной – 2 (3,3%). Растительные противотревожные препараты использовались недостаточно в обеих группах: в основной у 7 пациентов (11,7%), в контрольной у 9 пациентов (15%).

Выводы. Проведенное исследование показало, что назначаемая кардиологами, психофармакотерапия не всегда является адекватной. Возможно более широкое применение в кардиологической практике современных антидепрессантов у пациентов с коморбидной депрессией, что в последующем может улучшить прогноз течения основного заболевания.

О причинах развития нарушений поведения и эмоций в подростковом возрасте

Дудук С.Л., Хомич А.М.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Беларусь*

Актуальность. Данные официальной статистики в Республике Беларусь свидетельствуют о значительной распространенности психической патологии в детско-подростковой популяции. Одними из значимых факторов, предрасполагающими к развитию психических расстройств, являются болезни матери во время беременности, осложнения в родах и болезни

периода новорожденности. Пренатальный дизонтогенез является почвой для развития в будущем психических расстройств. На сегодняшний день, к сожалению, в литературе нет достаточных данных по изучаемой теме, а ведь именно это может помочь в разработке и проведении психокоррекционных мероприятий при социальной адаптации подростков.

Цель: изучить влияние осложнений течения беременности и родов на дальнейшее развитие нарушений поведения и эмоций у подростков. **Объект исследования:** подростки, состоящие на учете в Гродненском областном клиническом центре «Психиатрия-наркология». **Сплошным методом** изучены материалы амбулаторных карт. **Выборка:** 265 человек. **Исследуемые критерии:** пол, диагноз по МКБ-10, возраст первичного обращения в амбулаторную службу либо поступления в стационар, особенности течения беременности и родов, особенности поведения в школе и семье, особенности рискованного поведения (употребление психоактивных веществ, суицидальное поведение, учет в инспекции по делам несовершеннолетних).

Результаты. По половому признаку группа распределилась следующим образом 93% – юноши, 7% – девочки. В данной выборке преобладают подростки, которые проживают в городе – 98%, на селе – 2%. Преобладали пациенты с диагнозом F92 (смешанные расстройства поведения и эмоций) – 73%, в 17% был установлен диагноз F91 (расстройства поведения), в 10% – F89 (неуточненное расстройство психологического развития). **Возраст первичного обращения:** возрастной период 12-18 лет – 65%, в периоде 6-11 лет у 27% обследуемых, 1-5 лет – 8%. У 63% выявлено патологическое течение беременности или родов в анамнезе, 37% – без особенностей. У респондентов имеются нарушения поведения в школе. У 65% исследуемых выявлено употребление психоактивных веществ в анамнезе, 26% – состоят на учете в инспекции по делам несовершеннолетних (жестокое избиение детей, воровство), 8% – совершали суицидальные попытки (намеренное самоповреждение острым предметом, отравление медицинскими препаратами, выпадение из окна), и лишь у 1% обследуемых наследственность психопатологически отягощена.

Выводы: нарушения поведения и эмоций чаще встречающиеся у подростков мужского пола, преобладающий диагноз – смешанное расстройство поведения и эмоций, первичное обращение в амбулаторную службу или первичное поступление в стационар преобладает в возрасте 12-18 лет, действительно, существует закономерность развития психических нарушений после осложненного течения беременности и родов. У данной группы подростков выявлены высокие показатели по частоте развития рискованного поведения.

Исследование наследственности лиц, страдающих истинной и симптоматической формами компьютерной зависимости

Дьяченко А.В., Мавани Д.Ч.

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

Актуальность данного исследования обусловлена недостаточной изученностью этиологии, патогенеза и предрасположительно-факторов развития компьютерной зависимости (КЗ), а также отсутствием публикаций на предложенную тему.

Цель: изучение особенностей наследственного анамнеза лиц, страдающих истинной (ИКЗ) и симптоматической (СКЗ) формами расстройства. Материалы и методы. Обследованы 24 мужчины в возрасте $19,7 \pm 5,7$ лет с установленной по критериям МКБ-10 КЗ (F63.8). Исследуемая выборка (А) была разделена на две группы: А1 и А2. В группу А1 вошли 12 человек, у которых КЗ была установлена в качестве основного расстройства (ИКЗ); в А2 – 12 человек, страдающих расстройствами шизофренического спектра (РШС) – F 20.01 (3), F21.08 (9) – у которых КЗ являлась сопутствующим заболеванием (СКЗ). Наследственная отягощенность психическими расстройствами (ПР) была исследована с помощью клиническо-психопатологического метода, подсчет данных производился математически.

Результаты и их обсуждение. Группа А. Наследственная отягощенность ПР была установлена в 91,7% случаев. Различные формы зависимого поведения (ЗП) были выявлены в семьях 79,7% пациентов. О наличии среди родственников больных алкогольной зависимостью (АЗ) сообщили 75% опрошенных, наркотической зависимости (НЗ) – 4,7%, нехимической зависимости (НХЗ) – 8,3%. Депрессия выявлена в роду 37,5% пациентов. О случаях суицида в семье заявили 12,5% опрошенных. Отягощенность РШС выявлена в 16,7% случаев. Сведения о деменции среди родственников дали 16,7% пациентов. Группа А1: отягощение ПР – 83,3%; АЗ – 58,3%, НЗ – 0%; НХЗ – 16,6%; депрессия – 41,6%; суициды – 0%; РШС – 8,3%; деменция – 8,3%. Группа А2: отягощение ПР – 100%; АЗ – 91,7%; НЗ – 8,3%; НХЗ – 0%; депрессия – 33,3%; суициды – 16,6%; РШС – 25%; деменция – 25%. Таким образом, в группе А1 преобладают случаи ЗП, в группе А2 – ЗП, РШС, деменции. Примечательно, что отягощение депрессией в группе А2 ниже, чем в группе А1, однако случаи самоубийств в роду встречались только в А2. Это может быть объяснено

наличием не диагностированных случаев тяжелой депрессии в семьях лиц с СКЗ.

Выводы. В ходе проведенного исследования выявлена высокая степень наследственной отягощенности психическими расстройствами у лиц, страдающих КЗ. Причем для случаев, когда КЗ выступала в ассоциации с расстройствами шизофренического спектра, характерно отягощение более грубой психопатологией, что может служить одним из дифференциальных критериев ИКЗ и СКЗ. Выявлена также высокая семейная отягощенность случаями зависимого поведения (прежде всего – алкоголизма) у лиц как с ИКЗ, так с СКЗ. Полученные данные могут свидетельствовать в пользу этио-патогенетического родства КЗ и других аддикций (химических и нехимических), а также рассматриваться в качестве еще одного – ранее не исследованного – фактора предрасположенности к формированию расстройства.

Контент-анализ научных публикаций как средство изучения направлений развития психиатрии

Дюсекова А.В., Мартынихин И.А.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. Психиатрия как медицинская специальность непрерывно развивается. Меняются цели исследований, их методология, подходы к диагностике и лечению. Оценка этих растянутых во времени изменений обычно носит субъективный характер. Контент-анализ научных публикаций может дать объективную характеристику изменениям.

Методы. Проведен анализ содержания всех статей за 1971, 1991 и 2011 гг. журналов «Неврологии и психиатрии им. Корсакова» (ЖК) и «American Journal of Psychiatry» (АЖП), а также статей за 2011 год журналов «Социальная и клиническая психиатрия» (СКП) и «Психиатрия и психофармакотерапия им. Ганнушкина» (ЖГ). В исследование включены статьи с изложением собственных исследований авторов (в том числе мета-анализы), литературные обзоры и проблемные статьи. Исключались рецензии, информация о мероприятиях, письма. Оценивались цели работы, методология, изучаемая нозология. Обработка результатов проводилась с использованием точного критерия Фишера. Далее описаны только статистически значимые различия ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Отмечено достоверное снижение количества публикаций собственных исследований (с 70-90% в 1971 и 1991 гг. до 50-60% в 2011 году) и увеличение количества обзоров и проблемных статей. В отечественных журналах растет число статей, посвященных методам лечения (с 9% в 1971 году, до 40% в 2011 году, из них в 2011 году – 90% лекарственная терапия, из них 80% зарубежные препараты), в АЖР их число не изменилось (около 20%). Число исследований этиологии и патогенеза психических расстройств растет в АЖР (12% в 1971 году, 19% в 1991 году, 46% в 2011 году), в отечественных журналах снижается (28% в 1971 году, 23% в 1991 году, 13% в 2011 году). В США в 2011 году наиболее часто исследуются нейровизуализационные признаки (32%), генетика (28%), факторы риска (25%) психических расстройств. В России – нейровизуализационные признаки (46%) и биохимические и иммунологические параметры (32%). В АЖР уменьшилось число статей о диагностике психических расстройств с 47% в 1991 году до 28% в 2011 году (в ЖГ и СКП их доля 26-29%), среди них процент статей, посвященных клинике расстройств, остается неизменным и схожим во всех журналах. Число статей, в которых изучалась шизофрения, в АЖР увеличилось (с 10% в 1971 до 24% в 2011 году), в РФ – не изменилось (вблизи 30-35%). В отечественных журналах увеличилось количество публикаций о расстройствах настроения (с 4-5% в 1971 и 1991 до 17% в 2011 году), в ЖК стало больше исследований зависимостей (6% в 1971, 16% в 1991 и 2011 гг.). В АЖР увеличилось число публикации по расстройствам детского возраста (2% в 1971 и 1991, 9% в 2011 году). Нет значимых различий для других нозологических групп.

Выводы. Контекст-анализ публикаций подтвердил распространенные представления о текущих направлениях развития психиатрии (что свидетельствует в пользу общей валидности метода), дав им объективную оценку. Отмечается рост количества фундаментальных исследований природы психических расстройств (к сожалению, не в РФ), клинические проявления меньше интересуют ученых. Рост общего числа публикаций приводит к увеличению доли обобщающих работ.

Психопатологические признаки и патопсихологические механизмы аутоагрессивного поведения при расстройствах адаптации у военнослужащих по призыву

Егоров Р.С.

Оренбургская государственная медицинская академия

До 600 тысяч человек на планете ежегодно заканчивает жизнь самоубийством, что является неопровержимым доказательством того, насколько актуальна и значима любая работа по предотвращению роста суицидальной активности. Одним из аспектов этой острой задачи является профилактика суицидов среди военнослужащих по призыву.

Цель: изучение психопатологических и патопсихологических признаков у военнослужащих, совершивших суицидальные поступки в рамках нарушения адаптации к службе. Материалы и методы исследования: 80 больных с расстройством адаптации, находившихся на стационарном лечении в Оренбургском гарнизонном госпитале, у 24 из которых имело место суицидальное поведение. Это были лица мужского пола в возрасте от 18 до 20 лет. В соответствии с поставленными целью и задачами были использованы психопатологическое, клинико-динамическое и патопсихологическое исследования.

Результаты. Было выявлено, что выраженным расстройствам адаптации предшествует донозологический период от 1-2 недель до 2-3 месяцев, когда уже у всех военнослужащих из изученной группы отмечались продромальные сигналы будущих нарушений. Представилось возможным классифицировать их на соматические, эмоциональные, когнитивные, поведенческие и личностные. Непосредственно в период, предшествовавший совершению аутоагрессивных действий, в 8 случаях был отмечен конфликт с командованием, 16 случаям предшествовали неприятные известия из дома (тяжёлая болезнь одного из родителей, разрыв с девушкой). Эти факторы были пусковыми в реализации суицидального поведения. Патопсихологическое исследование, проведённое данной группе больных, выявило следующие особенности их психологического состояния. Отмечалось наличие в системе личности признаков импульсивности (фактор риска в плане возможного возникновения непредсказуемых поступков, в том числе суицидальных). Преобладали внутреннее напряжение, дискомфорт, озабоченность сложившейся ситуацией и неуверенность в возможностях справиться с нею. Отмечалась незрелость,

малодифференцированность эмоциональных реакций, пассивнооборонительная позиция. При анализе копинг-поведения данного контингента лиц у всех больных имели место неадаптивные копинг-стратегии. При определении стрессоустойчивости и социальной адаптации по методике Холмса и Раге было выявлено, что у всех стрессоустойчивость является крайне низкой. У всех изученных пациентов преобладали неадаптивные психологические защиты в форме вытеснения, регрессии, отрицания.

Обсуждение. В отличие от острой реакции на тяжелый стресс, адаптивные расстройства формируются вначале малозаметно, постепенно. Отмечается некоторый период, когда молодые военнослужащие скрывают свое состояние. Расстройство проявляется лишь тогда, когда уже имеют место какие-либо личностные последствия или явные дезадаптивные поступки.

Атипичные дерматоглифические профили как биологические маркеры шизофренического процесса

Жданок Д.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность. Продолжается поиск воспроизводимых и верифицируемых биологических маркеров процессуальной патологии – эндофенотипов. Дерматоглифические дисплазии являются индикаторами нарушений во втором триместре пренатального развития, который считается критическим в отношении этиологии шизофрении.

Цель и задачи. Анализ дерматоглифических особенностей у пациентов с шизофренией и их связи с клинической картиной процессуальной патологии (степенью злокачественности, соотношением негативной и позитивной симптоматики, терапевтической резистентностью).

Материалы и методы. Обследовано 24 пациента с верифицированным диагнозом «параноидная шизофрения» согласно критериям МКБ-10, из них 14 мужчин и 10 женщин, возраст пациентов от 19 до 53 лет. Явления терапевтической резистентности отмечены в 6 случаях. В качестве контрольной группы обследовано 20 человек, не наблюдающихся у психиатра, из них 11 мужчин и 9 женщин в возрасте от 21 до 52 лет.

В ходе обследования использовался клинико-анамнестический метод и оценивался дерматоглифический профиль пациента.

Результаты. У обследованных пациентов по сравнению с контрольной группой выявлены следующие особенности дерматоглифического профиля: большая представленность редких пальцевых узоров по типу «двойного завитка», более высокая степень сложности пальцевых узоров и высокие показатели коэффициента флуктуирующей асимметрии. С атипичными дерматоглифическими профилями, в особенности с показателями флуктуирующей асимметрии, связаны такие клинические особенности заболевания, как преобладание негативной симптоматики, высокая прогредиентность и явления терапевтической резистентности.

Выводы. Степень атипичности дерматоглифического профиля ассоциирована с более ранним началом, злокачественным течением с преобладанием негативной симптоматики и терапевтической резистентностью параноидной шизофрении, косвенно отражая аномальную нейроморфологию данной категории пациентов. Основным индикатором, отражающим стабильность индивидуального развития и так называемый «онтогенетический шум», является флуктуирующая асимметрия, наибольшие показатели которой отмечены нами при «ядерных» формах шизофрении. Флуктуирующая асимметрия репрезентирует частный случай более фундаментальных нарушений симметрии при шизофрении как на структурном, так и на функциональном (психопатологическом) уровнях, что может свидетельствовать о повышенной изменчивости и активности эволюционных процессов. Таким образом, атипичный дерматоглифический профиль при шизофрении является верифицируемым биологическим маркером заболевания, в частности, высокопрогредиентных форм, и может рассматриваться в качестве эндофенотипа процессуальной патологии, позволяя оценить степень злокачественности расстройства и прогнозировать недостаточный терапевтический ответ, а также подготовить площадку для более углублённого молекулярно-генетического анализа шизофренического спектра.

Особенности копинг-поведения у больных с неврозами в позднем возрасте

Журавлев Я.С., Бомов П.О., Ульчева Т.А., Кузина А.В.

*Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница №2*

Оренбургская государственная медицинская академия

В последнее время наблюдается устойчивая тенденция к росту доли

пожилых людей в населении и, соответственно, геронтологической патологии. Кроме того, остаются практически неизученными и такие патогенетические факторы при неврозах позднего возраста, как механизмы психологической защиты, копинг-поведение и перфекционистские установки.

Целью настоящего исследования является определение особенностей копинг-механизмов больных с неврозами в позднем возрасте. Выборку составили больные неврозами в позднем возрасте (после 45 лет) в количестве 30 человек, составившие основную группу, и 20 больных с неврозами молодого возраста, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении. Методы: для изучения копинг-механизмов больных неврозами в позднем возрасте и в возрасте до 45 лет была использована методика SVF, которая определяет 19 модальностей совладающего поведения с разной степенью адаптивности.

Результаты. При исследовании был выявлен весь спектр изучаемых копинг-механизмов как у больных с неврозом позднего возраста, так и у пациентов младше 45 лет. Данные статистической обработки показали, что в основной группе средние показатели по шкалам методики выше, чем в контрольной группе. Из этого можно сделать вывод о более выраженном напряжении механизмов копинг-стратегий. Это может свидетельствовать о большей сформированности элементов копинг-поведения, как адаптивных, так и относительно адаптивных и неадаптивных у пациентов после 45 лет, что можно объяснить их значительным жизненным опытом, по сравнению с пациентами до 45 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что в основной группе ведущим копинг-механизмом является обращение к лекарствам (54,4) в ситуации стресса. В контрольной группе ведущим копинг-механизмом явилось мыслительное застревание (37,7). При использовании непараметрического критерия Манна-Уитни в методике SVF нами были выявлены достоверные различия в выраженности всех изучаемых копинг-механизмов. Следовательно, для пациентов с неврозами после 45 лет характерна большая напряженность исследуемых копинг-механизмов. Наиболее высокие показатели и в основной группе, и в контрольной, получили относительно-адаптивные копинг-стратегии, такие как снижение масштаба переживаний, непринятие всерьез, снижение остроты проблемы за счет сравнения с другими, отрицание вины, отвлечение от ситуации, а также обращение к лекарствам. Адаптивные копинг-стратегии (заместительное удовольствие, поиск альтернативного самоутверждения, попытка контролировать ситуацию, попытка умерить свои реакции, подбадривание себя, а также потребность в социальной поддержке) пациенты с неврозами как до 45 лет, так и после 45 лет, используют намного реже. Об этом свидетельствуют низкие средние значения по показателям этих шкал.

Выводы: для пациентов с невротами вне зависимости от возраста характерен сдвиг копинг-структур к полюсу дезадаптивности, что является патогенетическим механизмом данных расстройств.

Возможность сочетания эмоциональной лабильности с расстройствами биполярного спектра у подростков

Забигулина И.В.

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

Выявление у обследуемого эмоциональной лабильности исключает поиск более серьезных расстройств, что в свою очередь влечет за собой гиподиагностику расстройств биполярного спектра. В данной работе предполагается возможность сочетания эмоциональной лабильности и расстройств биполярного спектра у подростков. Актуальность данного исследования заключается в том, что в большинстве случаев биполярное аффективное расстройство (БАР) имеет раннее начало — детский и подростковый возраст. Значительные проблемы в связи с БАР обнаруживаются в 60% случаев уже в популяции детей и подростков в возрасте до 20 лет, что требует их выявления. Заболев в юности, пациенты большую часть своей жизни живут с этим хроническим рецидивирующим расстройством.

Целью работы является предупреждение гиподиагностики аффективных расстройств у подростков и лиц молодого возраста. Задачи нашего исследования: установить возможность сочетания эмоциональной лабильности с аффективными расстройствами биполярного спектра у подростков; определить общее число подростков с колебаниями настроения среди опрошенных. Материалы и методы исследования: диагностический опросник по биполярному расстройству (адаптирован по Angst J. et al., 2005), анкетирование 200 человек из числа студентов 1 курса лечебного факультета Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Результаты и обсуждение. Было опрошено 200 человек 1 курса, среди них у 20 человек с высокой вероятностью можно заподозрить БАР, у 32 человек результаты опроса и собеседования сочетают в себе как черты характерные для эмоциональной лабильности, так и характерные для

расстройств аффективного спектра. В ходе проводимого исследования искомое сочетание признаков эмоциональной лабильности и расстройств аффективного спектра было выявлено у 16% опрошенных. Обратная связь с респондентами осуществлялась следующим способом: каждый опросник был пронумерован, опрошенных просили запомнить их номер. Благодаря этому после анализа полученных данных мы смогли провести беседу с опрошенными, чьи результаты сочетали в себе черты эмоциональной лабильности и расстройств биполярного спектра. Из 32 человек подробно были опрошены 14. В ходе собеседования 14 обследуемых отметили у себя колебания настроения в течение дня (от «чувства отрешенности и подавленности» до «радости и приподнятого настроения»), однако эти колебания были мало связаны с внешними факторами и были непродолжительными и нестойкими (со слов одного из опрошенных: «Весь день ощущение плохого настроения, но иногда случаются вспышки радости», причем окружающие, не замечавшие общего сниженного настроения, четко отмечали эти подъемы настроения у обследуемого).

Выводы. Таким образом, несмотря на то, что черты эмоциональной лабильности могут превалировать у обследуемого, не следует исключать наличие у него расстройств биполярного спектра.

Клинические аспекты превентивной терапии психосоматических расстройств

Загрядский Ю.В.

*Психоневрологический диспансер Ростовской области,
Аксайский филиал*

Целью настоящей работы является выявление зависимости эффективности применения антидепрессантов от сроков начала терапии. Широко распространенные психосоматические проявления обуславливают обращение больного за помощью к врачам-интернистам, в то время, как выявление «масок»; соматизированной депрессии возможно уже при первичном освидетельствовании пациента врачом-психиатром. А это, в свою очередь, позволяет начать превентивное лечение адекватными антидепрессивными препаратами уже на раннем этапе заболевания и обеспечивает, соответственно, более быстрое формирование ремиссии и улучшение качества жизни. Диагноз психосоматического расстройства, таким образом, подтверждается по принципу *diagnosis ex juvantibus*.

Уровень распространённости депрессивных и астенических состояний среди студентов первого курса Медицинского института Тульского государственного университета

Ивашиненко Д.М., Ефимова Е.В.

Медицинский институт Тульского государственного университета

Актуальность. Депрессивные и астенические состояния наблюдаются у всех категорий населения. Состояния данных групп могут быть ранними признаками развития, как психических, так соматических заболеваний. Таким образом, распространённость астенических и депрессивных состояний может являться одним из показателей здоровья населения и может служить неспецифическим показателем уровня риска развития различными заболеваниями.

Цель и задачи. Целью данного исследования является определение уровня распространённости депрессивных и астенических состояний среди студентов первого курса Медицинского института ТулГУ. Задачи: выявления наличия и степени выраженности депрессии; выявление наличия и степени выраженности астении; оценка эмоциональных состояний и степени бодрствования; оценка самочувствия, активности и настроения. Материалы и методы. В исследовании приняло участие 118 студентов первого курса Медицинского института ТулГУ. Для проведения исследования были использованы следующие методики: диагностика депрессий по Бернсу, измерение степени выраженности астенического состояния (Л.Д. Малкова и Т.Г. Чертова); методика самооценки эмоциональных состояний (Уэссман А., Рикс Д.), методики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН).

Результаты и обсуждение. В процессе исследования были получены следующие результаты: умеренное депрессивное расстройство выявлено у 38,1% студентов, состояние на грани клинической депрессии – у 8,2%, умеренная депрессия – у 6,8%, серьёзная депрессия – у 1,7%, слабая астения выявлена у 31,3%, умеренная астения – у 11%, выраженная астения – у 46,7%. По шкале «энергичность-усталость» в методике самооценки эмоциональных состояний результат менее 4 баллов был получен у 21,2% респондентов, что свидетельствует о том, что опрашиваемый чувствует себя усталым, вялым, медлительным. По шкале «приподнятость-подавленность»: 16,9% первокурсников чувствуют себя подавленными и

угнетёнными. По методике «Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения»: плохое самочувствие выявлено у 22,8% респондентов, снижение настроения – у 16,9%, снижение активности – у 21,2%.

Выводы. На основании полученных результатов можно сделать вывод, что психоэмоциональное состояние в популяции студентов первого курса Медицинского института ТулГУ является негативным фактором для активного участия в учебном процессе. Выявленный уровень распространённости астенических и депрессивных состояний является неблагоприятным прогностическим признаком в развитии психических и соматических заболеваний. Таким образом, мы считаем, что требуется более подробная проработка данной проблемы с целью выявления этиологических факторов развития депрессий и астений в данной социальной группе, оценка средовых влияний на состояние психического здоровья первокурсников

Динамика психовегетативных показателей среди студентов-медиков в зависимости от учебной ситуации и половой принадлежности

Иващенко Д.В., Вознесенская Т.Г.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Актуальность. Студенты медицинских вузов более подвержены стрессовым факторам, чем общество в целом. Распространённость тревожных расстройств среди студентов-медиков в среднем достигает 20%. Однако, тревожность часто изучается изолированно от вегетативных симптомов.

Цель – определение степени выраженности психовегетативного синдрома среди студентов в зависимости от учебной ситуации и половой принадлежности. Материалы и методы. Проведено анкетирование студентов Первого МГМУ им. И.М. Сеченова при условиях информированного согласия. Использованы: тест Спилбергера для оценки реактивной и личностной тревоги, опросник вегетативных симптомов А.М. Вейна. Анкеты предлагались для заполнения во время учебного цикла (период I), в день перед экзаменом (период II), на следующий день после экзамена (период III). Период II считается стрессовым. В I периоде участвовали 54 студента 4, 5, 6 курсов: 28 (52%) девушек и 26 (48%) юношей. Во II и III периодах

– 35 студентов, 18 девушек (51%) и 17 юношей (49%). Средний возраст: $21 \pm 1,35$ лет. Используются статистические методы: вариационные ряды, корреляционный анализ, дисперсионный анализ.

Результаты. Различия между I, II и III периодами по реактивной тревожности достоверны согласно итогам однофакторного дисперсионного анализа (критерий Фишера $F=3,23$ при F критическом $=3,08$, $p=0,043$) и метода вариационных рядов (значения реактивной тревожности в I, II, III периодах – 41, 44,7 и 38 баллов шкалы Спилбергера соответственно, различия между периодами достоверны, $p<0,05$). Отдельно были рассчитаны различия между I, II, III периодами по реактивной тревожности для девушек ($p<0,01$, достоверны) и для юношей ($p>0,05$, недостоверны). Половые различия: перед экзаменом реактивная тревожность достоверно выше у девушек ($p<0,05$). Вегетативные симптомы у участников значимо не различались между тремя периодами. Но выявлены половые различия в их выраженности во II и III периодах по опроснику А.М. Вейна: во II периоде у девушек среднее значение – $24 \pm 11,55$ балла, у юношей – $15,8 \pm 12,7$; различия достоверны ($t=2,9$; $p<0,05$). В III периоде у девушек – $25 \pm 11,5$ баллов, у юношей – $14,6 \pm 10,4$. Различия достоверны ($t=3,8$; $p<0,005$). Корреляционный анализ выявил средне выраженную связь реактивной тревоги с вегетативными симптомами во всех периодах ($R_{\text{ср}}=0,55$, $p<0,001$). Вегетативные симптомы сильно коррелируют с полом во II периоде ($R=0,901$). Корреляция между полом и реактивной тревожностью отмечена во II периоде, средняя ($R=0,54$, $p<0,001$).

Выводы. Реактивная тревожность достоверно возрастала в предэкзаменационный период (эмоциональный стресс), после экзамена её значения возвращались к первоначальному уровню. Показано, что уровень реактивной тревоги у девушек достоверно выше в предэкзаменационном периоде по сравнению с юношами. Лабильность тревожности у девушек выше, так как выявить межполовые различия было возможно именно в стрессовой ситуации. Вегетативная нервная система у девушек более лабильна, а также более ригидна после пережитого стресса.

Клинические проявления и некоторые механизмы нервно-психической дезадаптации у больных кардиологической патологией

Ильгизова А.А.

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

По данным современных исследований, у 33-80% больных ишемической болезнью сердца наблюдаются психические нарушения. В группе факторов риска развития многих заболеваний, включая кардиологическую патологию, в последние годы рассматривают алекситимию. Алекситимия характеризуется затруднением или неспособностью человека точно описать собственные эмоциональные переживания и понять чувства другого человека. Цель настоящего исследования – комплексное изучение выраженности психической дезадаптации у больных с сердечной патологией, ее клинических аспектов и некоторых возможных механизмов.

Основные задачи:

1. Проведение уровневой оценки психического состояния больных.
2. Изучение характера и степени выраженности психопатологической симптоматики.
3. Определение показателей алекситимии.
4. Оценка возможных механизмов психических расстройств на основе анализа корреляционных связей между выявленными показателями.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 75 больных кардиологического стационара городской клинической больницы №13. Использовался тест «Нервно-психическая адаптация», опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, Торонтской алекситимической шкалы TAS.

Выводы:

- 1) По шкалам психопатологии у кардиологических больных преобладают расстройства: соматизация, обсессивно-компульсивные и депрессия.
- 2) Алекситимический радикал был выявлен у 36% обследованных больных. В группе риска по алекситимии находятся 34% обследованных. При этом у больных с дезадаптацией алекситимический радикал составляет 95%.

3) Была установлена корреляционная связь между высокими показателями алекситимии и выраженностью нервно-психической дезадаптации.

4) Высокие показатели алекситимии коррелировали также с представленностью психопатологической симптоматики по шкалам опросника SCL-90-R. Наиболее выраженная дезадаптация наблюдалась у больных с депрессивными, фобическими и паранояльными расстройствами.

5) Алекситимический радикал является одним из механизмов возникновения у кардиологических больных нервно-психической дезадаптации, проявляющейся преимущественно соматизацией, обсессивно-компульсивными расстройствами и депрессией.

Особенности фабулы бредовых и бредаподобных состояний

Илюшина Е.А.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Проблема дифференциации между бредовыми и бредаподобными состояниями в психиатрии остается актуальной до настоящего времени. Изучение фабулы для выделения критериев их разграничения представляется целесообразным в связи с ее наибольшей наглядностью для психопатолога, а также несомненной зависимостью от психопатологической структуры этих состояний и особенностей механизмов их синдромообразования.

Цель: выявление особенностей тематики бредовых и бредаподобных состояний. Материал и методы: обследовано 112 подэкспертных с бредовыми и бредаподобными состояниями (сверхценные идеи и симуляция), проходивших стационарную экспертизу в ГНЦССП им. В.П. Сербского с 2009 по 2012 гг. Выделено 5 групп испытуемых: с чувственным – 26, интерпретативным – 16, образным бредом – 26, сверхценными идеями – 26, симуляцией – 18 подэкспертных. Использовались клинико-психопатологический и статистический методы исследования.

Результаты и обсуждения: В группе с чувственным бредом чаще всего наблюдаются идеи преследования (50%), отношения, которые переключаются с идеями особого значения происходящего вокруг (по 42%), религиозно-мистические (35%), реже встречаются идеи отравления (23%),

ревности (19%), чужих родителей, воздействия, любовные (по 8%), ипохондрические, дисморфофобические, идеи особых способностей и величия (по 4%). Группа образного бреда представлена идеями особых способностей, переоценки своей личности (по 65%), воздействия (42%), величия и богатства (38%), а также идеями фантастических событий в прошлом (23%), особого значения (23%), религиозно-мистические идеи, порчи (19%), реформаторства и изобретательства, отравления (по 12%). В 8% случаев имеются идеи ревности, сутяжничества, в 4% – дисморфофобические и идеи чужих родителей. Фабула интерпретативного бреда характеризуется идеями предвзятого отношения и ущерба (75%), преследования и отравления (по 50%), реже – ревности (31%), сутяжничества (25%), религиозно-мистическими (19%), величия и богатства (12,5%), переоценки своей личности, любовными (по 6%). Среди сверхценных идей наиболее часто наблюдаются идеи сутяжничества (58%), предвзятого отношения и ущерба (46%), реже реформаторства и изобретательства (23%), ревности, особых способностей и переоценки своей личности (по 19%), преследования (8%), ипохондрические, любовные и эротические (по 4%). Подэкспертные с симуляцией в основном предъявляют бредоподобные высказывания религиозно-мистического содержания, о порче (50%), идеи особых способностей (28%), преследования и воздействия (по 22%), реже – идеи отношения, отравления, изобретательства (по 6%).

Выводы: бредовые и бредоподобные состояния имеют достоверные различия по своему содержанию, определенные фабулы наиболее характерны для тех или иных вариантов бреда, сверхценных образований или симуляции, что может быть использовано в качестве одного из критериев их дифференциации.

Факторы субъективных оценок психически больных, влияющие на эффективность психосоциального лечения и реабилитации

Кабанова Т.Н.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

В деятельности лечебных учреждений, проводящих стационарное принудительное лечение (ПЛ), все большее место отводится социальной поддержке, психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Для разработки психологических аспектов психосоциального лечения

больных, находящихся на принудительном лечении актуальным является изучение переменных, сосредоточенных на субъективном опыте и субъективных оценках, что играет немаловажную роль и в формировании приверженности пациента к лечению, и соблюдению режима.

Цель исследования: изучение влияния субъективных оценок психически больных на успешность лечебно-реабилитационных мероприятий. Материал исследования: 140 пациентов мужского пола, в возрасте от 19 до 63 лет, среди них 70 пациентов с органическими психическими расстройствами и 70 – с диагнозом шизофрения, находящихся на ПЛ в Московской ПБ №5 и Орловской ПБСТИН.

Методика исследования. Проверочный лист отношения к лечению и пребыванию в стационаре (Булыгина В.Г, Кабанова Т.Н., 2011), предназначенный для определения субъективных оценок больных, и их установок в отношении лечения.

Результаты исследования. В результате статистической обработки были выделены следующие факторы: восприятие тяжести заболевания, способность контролировать болезнь, самооценка риска возникновения рецидива в будущем, способность распознавать собственную симптоматику и ее причины, враждебность/подозрительность, антисоциальность личностных установок, эксплозивность/импульсивность, коммуникативные расстройства, раздражительность/эмоциональная неустойчивость, перекалывание ответственности, установочное поведение, оправдание своего поведения, социальная желательность, недоверие врачу/персоналу, ограничения в условиях содержания, нехватка личной/социальной поддержки, неструктурированность среды, недостаточность надзора, отсутствие эмпатии у медицинского персонала, уровень профессиональной подготовки медицинского персонала и его коммуникации, наличие агрессии со стороны других больных, трудности коммуникации с больными, отсутствие побочных эффектов, неправильно подобранное лечение, неустойчивость ремиссии, ухудшение клинического состояния.

Заключение. Полученные результаты согласуются с имеющимися представлениями в отечественной психиатрии о факторах, влияющих на эффективность психосоциальных и реабилитационных мероприятий. Кроме этого были выявлены дополнительные факторы риска внутриведьничной агрессии, факторы, связанные с окружением (структурированность среды, коммуникации с больными и медперсоналом), которым уделялось недостаточное внимание при реализации психосоциальных программ в практике принудительного лечения, а также при оценке их эффективности.

Сравнительная характеристика когнитивного функционирования пациентов с периодическими психозами

Кидяева А.В.

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

Актуальность. Существующая на данный момент нозологическая неопределенность расстройств, проявляющихся периодическими психозами с аффективно-бредовой симптоматикой, включающей в себя симптомы I ранга К. Шнайдера, и удовлетворительными ремиссиями, и рассматриваемых чаще всего в группе заболеваний шизофренического спектра, свидетельствует о необходимости более глубокого изучения данных расстройств.

Цель исследования заключалась в отграничении периодических психозов от аффективных заболеваний и расстройств шизофренического спектра по показателям когнитивного функционирования пациентов. Материалы и методы. Обследуемые больные (45 человек в возрасте от 18 до 59 лет) были разделены на три равные группы: первая (АБ) включала пациентов с периодическими психозами в анамнезе, вторая (А) – с аффективными приступами, третья (Б) – с бредовыми. Исследование проводилось с использованием клинико-психопатологического, клинико-анамнестического методов, а также комплекса нейропсихологических тестов для количественной оценки когнитивных функций, включающего в себя тесты: зрительно-моторной координации (ТМТ), Лурия на запоминание 10 слов, визуальной ретенции Бентона, беглости речевых ответов, Струпа, «Лабиринты» и «Шифровка». На момент обследования все пациенты находились в состоянии ремиссии в течение двух месяцев и более.

Результаты и обсуждение. Данные исследования выявили различия в структуре и выраженности когнитивных нарушений во всех трех группах больных. Результаты исследования когнитивного функционирования больных группы АБ были близки к группе А и значительно отличались от показателей группы Б по всем тестам. Результаты группы АБ были лучше Б в тесте ТМТ на 26,8%, Лурия – 18,4%, Струпа – 23%, Бентона – 17,4%, «Лабиринты» – 14,4%, «Шифровка» – 6,5%. Наибольшие различия между группами АБ и А были отмечены в тестах Бентона, отсроченном воспроизведении слов Лурия, беглости речевых ответов (группа АБ хуже

на 17,7%, 17%, и 14,5%, соответственно), что свидетельствует о снижении зрительной, долгосрочной вербальной памяти и вербальной ассоциативной продуктивности у пациентов с периодическими психозами. При этом были отмечены лучшие показатели по параметру ригидности/гибкости контроля в тесте Струпа (на 14,7%), что указывает на способность пациентов с периодическими психозами лучше тормозить вербальные функции при несоответствии их наглядному впечатлению.

Также при исследовании была обнаружена прямая зависимость выраженности когнитивных нарушений от количества обострений в анамнезе.

Выводы. Таким образом, полученные показатели когнитивного функционирования позволяют отграничить периодические психозы от аффективных расстройств и расстройств шизофренического спектра, а также предположить патогенетически большее сходство периодических психозов с биполярным аффективным расстройством.

Особенности темперамента больных непсихотической депрессией

Ковалева А.В.

*Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования*

Целью исследования являлось изучение формально-динамического уровня индивидуальности (темперамента) у больных с непсихотической депрессией. Материал и методы. Изучена группа пациентов (n=40) с непсихотическим единичным и рекуррентным депрессивным эпизодом (ДЭ) по МКБ-10 в рамках расстройства настроения (F3), из них 34 женщины (85%), 6 мужчин (15%). В 21 наблюдении (52,5%) возникновению актуального депрессивного эпизода предшествовала психотравмирующая ситуация. Использовались психопатологический метод обследования, опросник формально-динамических свойств индивидуальности-темперамента (Русалов В.М., 2004) с получением информированного согласия пациента.

Результаты и обсуждение. В изученной группе пациентов определены шесть типов темперамента: смешанный высоко активный тип (высокие значения эргичности, пластичности и скорости в психомоторной, интеллектуальной, коммуникативной сферах поведения с общей эмоциональностью в пределах нормы) (n=18; 45%), высоко активный и высоко

эмоциональный тип с высокими значениями эргичности, пластичности, скорости и высокими значениями эмоциональности ($n=10$; 25%); высоко активный и низко эмоциональный тип темперамента с высокими значениями эргичности, пластичности и скорости в психомоторной, интеллектуальной, коммуникативной сферах поведения с низкими значениями эмоциональности ($n=4$; 10%), общесмешанный тип со средними значениями эргичности, пластичности, скорости и эмоциональности во всех сферах поведения ($n=4$; 10%), смешанный высоко эмоциональный тип со средними значениями эргичности, пластичности, скорости и высокими значениями эмоциональности ($n=2$; 5%) и низко активный – высоко эмоциональный тип темперамента с низкими значениями эргичности, пластичности и скорости при высоких значениях эмоциональности ($n=2$; 5%).

Установлены корреляционные связи (ранговая корреляция по Спирмену) между типами темперамента и личной значимостью (по Головининой О.Л., 2004), стресс-фактора, предшествующему возникновению актуального депрессивного эпизода. Получены положительные корреляционные связи между смешанным высоко активным типом темперамента и стресс-фактором в виде утраты близкого человека, объекта любви ($r=0,406$, $p=0,009$); низко активным и высоко эмоциональным типом темперамента и стресс-фактором в виде утраты или угрозы прежнему материальному благополучию (соответственно $r=0,474$, $p=0,002$; $r=0,434$, $p=0,002$); угрозы жизни близкого человека в семье в связи с тяжелой болезнью ($r=0,474$, $p=0,002$). У лиц с данным типом темперамента выявлено наличие трех стресс-факторов предшествующих возникновению актуального депрессивного эпизода ($r=0,606$, $p=0,00003$).

Таким образом, биологическая организация человека, в частности его формально-динамические особенности (темперамент), оказывает существенное влияние на различное восприятие личностно значимого содержания стрессового фактора, предшествующего формированию депрессии.

Эффективность психообразовательных программ для женщин с параноидной шизофренией на фоне абдоминального ожирения

Коровина Л.Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Психообразование – актуальное направление реабили-

литации психических больных, связанное с предоставлением пациенту знаний о его заболевании, основных методах его лечения, профилактике осложнений. Это способствует улучшению комплаентности больных, приводит к повышению качества лечения и стойкости ремиссии.

Одну из групп больных шизофренией с высоким риском отказа от поддерживающей терапии антипсихотиками составляют пациентки с избыточной массой тела и абдоминальным ожирением, которые они связывают с проводимой терапией антипсихотиками. Поэтому разработка методов повышения приверженности больных терапии является актуальной задачей современной психиатрии.

Цель исследования. Разработка дифференциального подхода к составлению психообразовательных программ для больных шизофренией. Контингент и методы исследования. На базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3 обследована 71 женщина, страдающая параноидной шизофренией и принимающая атипичные антипсихотики. Больные были разделены на 2 группы: основную (37 человек с индексом массы тела (ИМТ) более 30 кг/м² и группу сравнения (34 пациентки с избыточной массой тела: ИМТ=25-29,9 кг/м²). Были использованы: клинико-психопатологический метод, Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса, SF-36, PSP.

Результаты. Все пациентки были обследованы в период обострения психопатологической симптоматики; у больных основной группы отмечались преобладающие не резко выраженные бредовые идеи, псевдогаллюцинации на фоне значительно выраженной дефицитарной психосимптоматики, тогда как в контрольной группе доминировали псевдогаллюцинации (часто более чем в одном анализаторе), с последующим формированием вторичных бредовых идей, менее выраженной дефицитарной психосимптоматикой. Уровень приверженности терапии по методу прогнозирования медикаментозного комплайенса у больных с избыточной массой тела составил $32,4 \pm 2,4$ балла, что выше, чем у пациенток с абдоминальным ожирением ($29,9 \pm 2,6$ баллов), тогда как уровень социального функционирования по методике PSP в основной группе был достоверно ниже, чем в контрольной группе пациентов ($38,2 \pm 2,5$ баллов и $55,4 \pm 4,1$ баллов, соответственно). Для разработки психообразовательной программы были использованы показатели опросника SF-36, прежде всего оценка общего здоровья (GH), а также ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE). Повторная оценка уровня социального функционирования по методике PSP показала значительное улучшение результатов в основной группе ($53,7 \pm 2,8$ баллов) при отсутствии статистически достоверной динамики в группе сравнения.

Выводы. Показана эффективность разработанной психообразовательной программы в реабилитации больных шизофренией с адбоминальным ожирением.

Взаимосвязь между функциональной активностью рибосомных генов и клиническими проявлениями раннего детского аутизма

Коровина Н.Ю., Маринчева Г.С.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Актуальность. Поступательный рост динамики детского аутизма, наблюдающийся практически во всех странах мира, поставил под сомнение клинические критерии расстройства и нозологическую валидность заболевания в целом. В связи с этим повышается актуальность методов диагностики строящихся на выявлении и количественной оценке определенных биологических показателей, выступающих в качестве дополнительных диагностических критериев.

Цель и задачи. Целью исследования является изучение взаимосвязи состояния функциональной активности рибосомных генов и фенотипических проявлений у детей с клиническим диагнозом ранний детский аутизм. Задачи исследования: 1. Исследовать клинические особенности детей с расстройствами аутистического спектра и шизофренией, а так же их взаимосвязь с активностью рибосомных генов; 2. Исследовать изменения клинической симптоматики в зависимости от изменения активности рибосомных генов в процессе фармакотерапии.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом были обследованы дети, находящиеся на стационарном лечении в клинике Московского НИИ психиатрии, которым по критериям МКБ-10 был выставлен диагноз ранний детский аутизм (23 человека). Так же для постановки диагноза использовалась оценочная шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale – CARS; Schopler et al., 1980). Методика обследования функциональной активности рибосомных генов проводилась в Медико-генетическом центре РАМН.

Результаты и обсуждение. Обследовано 23 пациента в возрасте от 3 до 12 лет, из них 19 мальчиков и 5 девочек. У 21 из 23 детей был обнаружен диапазон изменений функциональной активности рибосомных генов, в сторону его снижения. Это отличает полученные результаты от

аналогичного исследования шизофрении, где отмечено повышение активности рибосомных генов (Н.Н. Вейко, Н.А. Еголина, Г.Г. Радзивил, С.Д. Нурбаев, Н.В. Косякова, Н.О. Шубаева, Н.А. Ляпунова, 2003). Установлена корреляционная зависимость между фенотипическими проявлениями раннего детского аутизма количественное выражение которых получено по средствам использования шкалы CARS и функциональной активностью рибосомных генов, в сторону его снижения как по сравнению с результатами здоровых испытуемых и больных шизофренией. Это свидетельствует о том, что активность рибосомных генов является одним из патогенетических механизмов детского аутизма.

Выводы. Показатель активности рибосомных генов наряду с клиническими показателями может служить в качестве дополнительного критерия при диагностике раннего детского аутизма и проведении дифференциальной диагностики с шизофренией. Небольшое число наблюдений, отсутствие динамического прослеживания с повторным определением активности рибосомных генов, позволяет рассматривать полученные данные как предварительные и требует дополнительного экспериментального исследования клинических и генетических особенностей групп пациентов с диагнозами «Ранний детский аутизм» и «Шизофрения».

Инсайт как посредник между стигмой и депрессией при шизофрении

Крупченко Д.А., Котляр М.Э.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Введение. На современном этапе исследований, касающихся осознания болезни (инсайта) пациентами, страдающими шизофренией, существенный интерес представляет «парадокс инсайта», а именно, неоднозначность клинического значения, когда он имеет положительное (лучший комплаенс, трудоустройство, социальное функционирование, уменьшение агрессии и принудительных госпитализаций) и отрицательное влияние (более высокий риск суицидальных действий и депрессивной симптоматики). Одной из гипотез, способной объяснить имеющуюся неоднозначность, может быть гипотеза, объединяющая в себе 3 концепции: инсайт, депрессию и стигму. Можно предположить, что стигматизирующие взгляды ближайшего окружения пациента вносят вклад в развитие депрессии при улучшении пациентом осознания своего психического рас-

стройства. В таком случае осознание болезни может становиться своего рода проводником для интернализации стигмы пациентом.

Цель исследования. Проверить правомочность гипотезы, согласно которой связь между уровнем депрессивной симптоматики пациента и стигматизирующими взглядами его ближайшего окружения зависит от осознания наличия психического расстройства.

Материалы и методы. Для участия в исследовании нами было осмотрено 96 человек с клиническим диагнозом «параноидная шизофрения». Исследование имело характер одномоментного, обсервационного. Пациенты обследовались при помощи следующих инструментов:

1. «Шкала нарушения осознания психического расстройства» (ШНО-ПР) для оценки инсайта;

2. «Шкала депрессии Калгари у больных шизофренией» (CDSS) для измерения выраженности депрессивной симптоматики;

3. Шкала «Психическое здоровье в общественном сознании» для изучения выраженности стигматизирующих взглядов окружения пациента (ближайший родственник).

Результаты. С целью проверки гипотезы о связи инсайта, стигмы и депрессии, пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от выраженности нарушения «осознания наличия психического расстройства»: 1. Пациенты с полным осознанием наличия психического расстройства (1 балл по шкале ШНОПР) – 37 человек; 2. Пациенты, с частичным осознанием (2-3 балла по шкале ШНОПР) – 32 человека; 3. Пациенты с отсутствием осознания (4-5 баллов по шкале ШНОПР) – 27 человек.

Нами обнаружено, что лишь в группе пациентов, полностью осознающих наличие у них психического расстройства, наблюдается статистически значимая положительная корреляция (коэффициент ранговой корреляции Кендалла=0,406 при $p < 0,01$) между выраженностью депрессивной симптоматики пациента и таким фактором стигматизации со стороны ближайшего родственника как «небиологические представления о психическом заболевании».

Выводы. Полученные данные подтверждают выдвинутую гипотезу о том, что связь между уровнем депрессивной симптоматики пациента и стигматизирующими взглядами («Небиологические представления о психическом расстройстве») его ближайшего окружения зависит от осознания наличия психического расстройства.

Социально значимые заболевания среди психически больных

Куклина А.М.

*Набережно-Челнинский психоневрологический диспансер,
филиал Республиканской клинической психиатрической
больницы им. В.М. Бехтерева*

Актуальным вопросом в современной психиатрии является соматическая отягощенность среди психически больных, которая остается не выявленной, что приводит к уменьшению продолжительности жизни.

Целью исследования является анализ распространения и диспансерного наблюдения душевнобольных страдающих туберкулезом легких и злокачественными новообразованиями. Материалы и методы. Для исследования была проведена выкопировка медицинских карт психически больных с туберкулезом легких за 2008-2010 гг. и со злокачественными новообразованиями за 2000-2010 гг. города Набережные Челны. Были взяты 2-е группы исследуемых: основная группа (ОГ) – психически больные, находящиеся под диспансерным наблюдением у фтизиатра и онколога; контрольная группа (КГ) – пациенты, не имеющие психического расстройства.

Результаты. Из 396 больных туберкулезом легких: ОГ – 46 пациентов (11,6%), КГ – 350 пациентов (88,4%). Среди психически больных с шизофренией – 58,7%; с органическим поражением головного мозга – 39,1%, из них с сосудистой деменцией 2 пациента и 1 с биполярным аффективным расстройством. Выявлено, что психически больные с параноидной формой шизофрении – 59,3%, с простой формой – 22,2%; с пропфшизофренией – 11,1%, с вялотекущей шизофренией – 7,4%. Основными течениями шизофрении являлись: непрерывное – 70,4%; приступообразно-прогредиентное – 18,5% и рекуррентное – 11,1%. Среди психически больных на Д1 наблюдении – 15,2%, Д2 – 4,3%, на Д3 – 60,9%. ОГ в 52,2% нерегулярно посещали фтизиатра, только после многократных приглашений на прием или посещения на дому; в 36,9% не посещали специалиста. В группе психически больных с ЗНО с органическим расстройством личности – 63,5%, из них с сосудистой деменцией – 12,3%; с шизофренией – 29,6%; с умственной отсталостью – 3,5%; с расстройством зрелой личности – 1,7%, с неврозом – 1,7%. Основным отличием являлось, что в КГ сразу приходили на прием к онкологу, что отличало

от ОГ: 62,6% пришли позже после выявления ЗНО, 42 пациента пришли с запущенной формой рака. В КГ 83,5% посещали онколога регулярно, в ОГ – нерегулярно 68,7%, в 4 случаев отказ от лечения, у 11 человек на приеме были родственники. Из 115 психически больных с ЗНО: II кл. гр. – 13,4%; III кл. гр. – 50,4% и с IV кл. гр. – 36,5%.

Выводы. С учетом проведенного исследования установлено, что психически больные, оказались не заинтересованны в своем здоровье, что связано с особенностями психического заболевания. Маскирование клиники соматической патологии психическим расстройством, способствует позднему диагностированию соматического заболевания, ухудшая прогноз. Выявлено, что туберкулезу легких, чаще подвержены пациенты страдающие шизофренией, а злокачественным новообразованиям – с органическим поражением головного мозга. Лечение и профилактика у психически больных является несистематическим в связи с отсутствием критики. Имея психическую патологию в сочетании с соматическим заболеванием, данная категория больных составляет группу риска, которая требует постоянного контроля со стороны врачей всех специальностей.

Клинико-динамические аспекты острых психозов

Кулешова Е.О.

*Алтайский государственный медицинский
университет, Барнаул*

Актуальность. Проблема острых психотических расстройств в доступной нам литературе освещена достаточно скромно. Возможной причиной тому является недостаток исследований, которые помогли бы четко описать каждый из подразделов МКБ-10.

Цель: установление клинико-динамических особенностей острых психозов. Задачи:

1. Определение распространенности острых психозов в структуре психических патологий;
2. Выявление особенностей анамнестических данных у пациентов, страдающих данной патологией;
3. Изучение особенностей клинической картины и прогрессивности течения и лечения острых психозов;

Материалы и методы. В выборку вошли больные рубрики F23 «Острые и преходящие психотические расстройства» МКБ-10. Пациенты проходили лечение в Алтайской краевой клинической психиатрической больнице им. Ю.К. Эрдмана в 2006-2011 гг. Мы использовали клинический, клинико-статистический, клинико-эпидемиологический методы исследования.

Результаты и обсуждения. Число обследованных мужчин и женщин приблизительно равное: 5,6% и 5,1% от общего количества пациентов. По возрасту обследованные распределились так: от 15 до 20 лет – 20%, от 20 до 25 лет – 33%, от 25 до 30 лет – 16%, старше 35 лет – 20%. Наследственность у 21,5% больных была отягощена. В 16,4% случаев обнаружены эпизоды употребления психоактивных веществ, а в 20% систематическая алкоголизация. У 14,3% пациентов (мужчин) в анамнезе имелись черепно-мозговые травмы. Лишь в 11,4% в историях болезни содержатся сведения о психотравмирующих ситуациях, предшествовавших манифестации болезни. В 12,5% случаев мы обнаружили аффективные расстройства. У 37,5% пациентов преобладала галлюцинаторно-бредовая, у 46% – параноидная, в одном случае – онейроидная, в одном – кататоническая симптоматика.

В ходе лечения в 60% случаев назначались атипичные антипсихотики, в том числе 32,5% больных получали рисперидон, 17,5% – зуклопентиксол, 10% – другие препараты.

Типичные нейролептики назначались 40% пациентам: 27,5% – галоперидол, 12,5% – трифлуоперазин. Для оценки результатов лечения больных острыми психозами мы приняли за основу и адаптировали с учетом особенностей патологии шкалу оценки ремиссий по Серейскому. Ремиссия А (признаки болезни отсутствуют, восстанавливается критика) отмечалась у 74%. Ремиссия В (имеются признаки психического дефекта и остаточная болезненная симптоматика, критики нет) – 18%. Ремиссия О (выраженный психический дефект) – 8% пациентов.

Выводы. Проведенный нами анализ острых психозов выявил:

1. молодой возраст манифестации заболевания (15-30 лет), что составляет 68%;
2. превалирующее число острых психотических расстройств, возникших на фоне внешних причин – 62%;
3. невысокие показатели успешности лечения, в связи с использованием типичных нейролептиков.

Все вышеописанное указывает на необходимость проведения дальнейших исследований в данной области психиатрии.

Психотерапия психоза шизофренического спектра (клинический случай)

Куликович А.Ю.

*Днепропетровская клиническая психиатрическая больница,
Украина*

Актуальность. В клинической практике психотерапия психозов, в том числе шизофренического спектра, представляется зачастую довольно проблематичной и дискуссионной, поэтому любые положительные попытки в этом направлении заслуживают внимания. Это обусловлено тем, что пациент с психотической личностью «неукоренен в реальности». Особенно это касается больных с длительным течением психических расстройств, с преимущественно психотической симптоматикой.

Целью данной работы является на примере данного клинического случая показать изучение изменения психопатологической структуры личности больного в условиях шизофренического процесса вследствие нейролингвистического воздействия (в русле применения Эриксоновского подхода) как аспекта психотерапевтического взаимодействия. Для достижения поставленной цели были выделены следующие задачи:

1. Направить пациента к подробному и полному осознанию собственного психического состояния;
2. Привести пациента к осмыслению пользы внутреннего локуса контроля;
3. Акцентировать внимание на причинах собственных деструктивных поведенческих паттернов;
4. Изменить отношение к болезни.

Материалы и методы, использованные для достижения поставленных в данной работе целей: методики краткосрочной психотерапии НЛП Р. Бендлера, Дж. Гриндера и Эриксоновского подхода М. Эриксона. Психотерапевтическое вмешательство состояло из следующих элементов терапевтической стратегии:

1. Установление глубокого раппорта с пациентом, основанного на эмпатии, понимании и поддержке;

2. Разъяснение пациенту возможностей выхода из сложившейся ситуации, убеждение его в реальности данных возможностей;

3. Непосредственное психотерапевтическое «сопровождение» пациента к уже понятному и желанному состоянию психической реконвалесценции.

Результаты и обсуждение. К результатам психотерапевтического вмешательства относятся:

1. Пациент детально и полностью смог осознать собственное психическое состояние;

2. Научился самостоятельно находить выход из субъективно безвыходных жизненных ситуаций;

3. Принял необходимость и осмыслил пользу внутреннего локуса контроля;

4. Преодолеl алекситимию как паттерн защитного реагирования;

5. Понял причины собственных деструктивных поведенческих паттернов;

6. Изменил отношение к болезни – от «проклятия судьбы» к «испытанию, которое необходимо преодолеть».

О результатах проводимой терапии больных шизофренией можно сделать следующие выводы:

1. Отмечается стойкая положительная динамика психического пере-структурирования в сторону принятия собственной нормальной психической активности и деятельности,

2. Появилось различие реальных объектов внешнего мира и своих представлений о них,

3. Улучшились способности больных осознавать и контролировать собственные доминирующие эмоциональные и телесные потребности,

4. Изменился вектор отношения пациентов к себе, людям и обстоятельствам от деструктивного реагирования на конструктивное.

Изменения личности при эпилепсии

Лаврущик М.В.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Для оценки изменений психики при эпилепсии имеет значение тот факт, что в процессе развития заболевания постепенно формируется эпилептический характер. С усложнением клинической картины новые черты характера как бы наслаиваются на предыдущие, которые в определенной мере редуцируются, а с прогрессированием заболевания снижается интеллектуально-мнестический уровень и критика к своему состоянию. Эпилептический характер в соответствии с классическими представлениями – это совокупность специфических личностных расстройств, формирующихся преимущественно в процессе болезни, облигатными из которых являются такие как: обстоятельность, вязкость, полярность. Соответственно, эпилептический характер может рассматриваться как более частный вариант негативных изменений психики при эпилепсии.

Цель исследования: разработка принципов диагностики специфических личностных особенностей при эпилепсии. Объект исследования: 20 лиц страдающих эпилепсией, у которых ведущим негативным психопатологическим синдромом являлось «Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией (F07.02)». Методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-динамический.

Результаты. В соответствии с МКБ-10 клиническая картина заболевания представлена широким спектром психопатологических синдромов: церебрастеническими, психопатоподобными, психоорганическими расстройствами, специфическими эмоционально-волевыми и интеллектуально-мнестическими нарушениями, среди которых наиболее специфически были нарушения мышления. Нарушения мышления характеризуются инертностью, тугоподвижностью, ригидностью, вязкостью, обстоятельностью. Изменения личности у больных эпилепсией были неоднородны по клинической структуре и степени выраженности. У всех обследованных отмечалось преобладание эксплозивных черт, которые проявлялись эмоциональной напряженностью, вспыльчивостью, склонностью к реакциям протеста, агрессивностью, раздражительностью, несдержанностью, гневливостью, бурными аффективными разрядами, а также эпилептоидных нарушений с обидчивостью, злопамятностью, мстительностью, упрямством, нетерпимостью к возражениям, требовательностью к другим. При глиштроидном варианте у больных наблюдались изменения преимуще-

ственно в идеаторной сфере в виде вязкости, обстоятельности, конкретизации суждений, склонностью к детализации или наоборот тенденцией к рассуждательству. В меньшем числе наблюдений выявлялись шизоидные, паранойяльные и истерические изменения личности.

Выводы. Изменения личности с преобладанием глишироидного и эксплозивного вариантов, а также специфические нарушения мышления являются наиболее характерными расстройствами для установления эпилептической природы психических нарушений.

Когнитивный дефицит при разных формах шизофрении (первый психотический эпизод)

Лебедева Г.Г.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. Пациенты с первым психотическим эпизодом продолжают привлекать внимание исследователей, поскольку раннее лечение позволяет уменьшить когнитивный дефицит, способствует более качественной ремиссии, уменьшает социальные потери. Предпринимаются попытки проведения сравнительного анализа когнитивного дефицита у пациентов с первым психотическим эпизодом и у пациентов различных нозологических групп для выявления его специфических патогномических признаков, однако специфика когнитивных нарушений при различных формах шизофрении еще недостаточно изучена.

Целью исследования было изучение особенностей когнитивного дефицита (внимание, память, мышление) у пациентов с расстройствами шизофренического круга при первом психотическом эпизоде. Материал и методы исследования. В исследовании приняло участие 35 пациентов (средний возраст $27,9 \pm 9,0$ лет) с диагнозом «параноидная шизофрения» (F20.0) – 1 группа и 36 пациентов (средний возраст $22,9 \pm 6,8$ лет) с диагнозом «шизотипическое расстройство личности», вялотекущая шизофрения (F 21) – 2 группа с первым психотическим эпизодом. Группы были сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам. Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: методика последовательности соединений и тесты беглости речевых ответов, «Сложная фигура Рея–Остерица», «Пиктограммы», «Корректирующая проба». Сравнительный анализ полученных результатов в группах

проводился с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни.

Результаты. В исследовании выявлены значимые различия ($p < 0,05$) по некоторым показателям. Средние значения выполнения методики ТМТ (серия Б) у пациентов 1 группы были значительно выше, чем у пациентов 2 группы ($m = 108,9 \pm 61,0$ и $91,5 \pm 38,7$ секунд). Более точное выполнение теста Рея-Остерица показали пациенты 2 группы. Зрительно-моторные функции и зрительная память у пациентов 2 группы более сохранены. В «Тесте беглости речевых ответов» результаты были достоверно ниже в 1 группе, чем во 2 группе ($m = 40,6 \pm 12,7$ и $m = 49,8 \pm 10,9$, соответственно). Количество ошибок в корректурной пробе выше в 1 группе, чем во 2 группе ($m = 8,6 \pm 10,2$ и $5,7 \pm 6,2$). В пиктограммах общее количество индивидуально-значимых образов, атрибутивных образов выше у пациентов 2 группы.

Заключение. Пациенты с параноидной шизофренией уступают пациентам с шизотипическим расстройством в визуальной перцепции, зрительно-моторной координации, скорости образования навыка, психической устойчивости и переключении внимания, запасе семантической памяти, вербальной ассоциативной продуктивности, исполнительной функции, уровне процессов обобщения, а значит им сложнее ориентироваться в повседневной деятельности, используя собственные знания, умения, и преодолевать трудности. Дальнейшее исследование позволит сгруппировать выявленные характеристики когнитивных нарушений в «нейропсихологические симптомокомплексы», отражающие дискриминантные признаки когнитивного дефицита, специфичные для сравниваемых нозологических групп, что повысит эффективность психодиагностического исследования.

Исследование обмена серотонина и катехоламинов у пациентов, страдающих компьютерной зависимостью

Мавани Д.Ч., Дьяченко А.В.

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

Актуальность. Патогенез компьютерной зависимости (КЗ) в последние годы широко обсуждается в научной литературе. Большинство исследователей сходятся во мнении, что центральным звеном в патофизиологическом механизме КЗ является нарушение дофаминовой нейромедиации. В то же время, нами не были обнаружены публикации, в которых аддикты подвергались предварительному психиатрическому обследованию с це-

лью выявления сопутствующих расстройств, сопряженных с изменением нейрохимического баланса. Более того, практически не изученными являются формы КЗ, развивающиеся у психически больных лиц.

Цель: изучение обмена серотонина и катехоламинов у лиц с первичной (ПКЗ) и вторичной (ВКЗ) формами КЗ. Материалы и методы. Обследован 21 пациент (20 мужчин, 1 женщина) в возрасте от 13 до 35 лет. Исследование проводилось с использованием клиничко-психопатологического, лабораторного и математического методов. Диагноз КЗ был установлен согласно критериям МКБ-10 (F63.8). Общая выборка А была разделена на две группы: А1 и А2. В группу А1 вошли 10 человек, у которых КЗ была установлена в качестве основного расстройства (ПКЗ); группу А2 составили 11 человек, у которых КЗ была выявлена в качестве сопутствующего заболевания (ВКЗ). Коморбидными расстройствами в группе А2 являлись F20.01, F21.08, F31.3, F32.0, F42.1. У всех пациентов был исследован общий уровень серотонина (ОС, норма – 0,48-0,86 мкмоль/л), а также тромбоцитарная (ТС, норма – 0,39-0,78 мкмоль/л) и свободная (СС, норма – 0,06-0,18 мкмоль/л) фракции. Для изучения системы катехоламинов была исследована суточная экскреция ДОФА (норма – 0,48-0,86 мкмоль/л), дофамина (ДА, норма – 665,23-1357,92 нмоль/сут), норадреналина (НА, норма – 91,7-178,12 нмоль/сут), адреналина (норма – 4,55-39,3 нмоль/сут). Результаты и их обсуждение. В группе А было выявлено снижение уровня дофамина (ДА=625,29±5,42), что согласуется с данными литературы. Кроме того, для общей группы пациентов с КЗ был характерен дефицит норадреналина (НА=83,11±1,007); обращает на себя внимание также достаточно высокое содержание свободного серотонина (СС=0,16±0,002). В группе А1 было обнаружено снижение норадреналина (НА=63,02±0,79), невысокий уровень дофамина (ДА=675,41±7,59). В группе А2 выявлено снижение дофаминовой экскреции (ДА=575,18±8,01), а также высокое содержание общего серотонина за счет повышения уровня свободной фракции (ОС=0,82±0,0089, СС=0,22±0,0033).

Выводы. Результаты проведенного исследования демонстрируют различия в состоянии серотониновой и катехоламиновой систем у пациентов с различными формами КЗ. Полученные данные позволяют предполагать, что механизмы развития первичной и вторичной КЗ также не одинаковы. Таким образом, очевидно, что изучение патофизиологических сдвигов, возникающих в процессе развития зависимости, в отрыве от исследования коморбидной патологии не может считаться перспективным. Это диктует необходимость проведения комплексных исследований КЗ с опорой на клиничко-психопатологический метод.

Исследование особенностей узнавания и классификации эмоций в препубертатном и пубертатном периодах

Макурин А.А.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем современной медицинской психологии и психиатрии является проблема профилактики девиантного поведения детей и подростков. Следует отметить, что в психологии нет единой точки зрения на механизмы агрессивного поведения, как нет единого определения этого понятия.

Цель: изучение роли эмоционального интеллекта в качестве провоцирующего или протективного фактора агрессивного поведения. Материал исследования: 96 учащихся общеобразовательной школы №868, из них 43 человека в возрасте 11 лет, 24 человека в возрасте 14 лет и 29 человек в возрасте 16 лет. Методический комплекс. Первым этапом нашего исследования было создание методики распознавания эмоций. Профессиональным фотографом были сделаны фотографии лиц людей, которых просили изображать восемь базовых эмоций по Изарду: гордость, радость, гнев, стыд, печаль, страх, любовь, ненависть. Затем экспертным методом были отобраны комплекты, состоящие из восьми эмоций по 6 персонажам: мальчик и девочка до 10 лет, молодые мужчина и женщина в возрасте 25 лет, мужчина и женщина в возрасте 53 лет. Эксперимент состоял из двух предъявлений. В первом испытуемые в соответствии с указанным исследователем порядком эмоций должны были расположить по порядку фотографии каждого из 6 человек. Затем карточки перемешивались, и во втором предъявлении просили сложить в одну группу всех людей, выражающих одну и ту же эмоцию.

Результаты. Было выявлено, что 11-летние дети лучше (на уровне статистической значимости), чем подростки из двух контрольных групп узнают эмоции своих сверстников. Однако, позитивно окрашенные эмоции, как любовь, радость, лучше узнают более старшие испытуемые. Интересным оказался тот факт, что самые младшие дети в обследованной выборке распознают «гнев», «ненависть» и «стыд» статистически значимо лучше других испытуемых при предъявлении карточек с лицами ровесников и молодых людей.

Неожиданными оказались выявленные факты по результатам второго

расклада. Подростки 16 лет собирали группы каточек, где, по их мнению, была изображена одна и та же эмоция статистически значимо хуже, чем другие испытуемые.

Выводы. Полученные результаты требуют дальнейшего осмысления. Созданная нами методика нуждается в дальнейшей валидации, однако ее использование представляется перспективным в сочетании с психометрическими тестами измерения эмоционального и социального интеллекта. Следующим этапом после реализации намеченных планов будет сравнительный анализ особенностей узнавания и классификации эмоций у подростков с агрессивными формами реагирования и с нормообразным поведением.

Формирование бредовых идей на фоне информации о конце света

Мальшикина Ю.Н.

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Актуальность. В психиатрической практике известно около 85 бредовых идей (по Блейхеру). Известно, что социум имеет определенное влияние на структуру бредовых идей. Появление в СМИ огромного количества информации о предстоящем конце света не могло не повлиять на структуру бредообразования пациентов психиатрических клиник.

Цели исследования – клиническая оценка структуры бреда в связи с информацией о конце света. Материалы и методы. Были изучены медицинские документы пациентов с шизофренией, поступающих в Республиканскую психиатрическую больницу в период с 1 по 31 декабря 2012 года (130 человек). Проводился клинический анализ всех случаев поступления пациентов с бредовыми идеями конца света.

Результаты и обсуждения. Всего с бредовыми идеями конца света поступило 6 человек (4,6%), первичные – 4, повторные – 2; мужчины – 2, женщины – 4. Среди мужчин все были госпитализированы впервые в жизни, среди женщин – впервые 2 пациентки, повторно – 2. Возраст – от 27 до 64 лет. Во всех случаях первичной госпитализации в психиатрический стационар наблюдалось острое изменение психического состояния. От момента возникновения психотической симптоматики до госпитализации проходило не более 2 недель. Бредовая симптоматика была политематической и включала в себя идеи конца света и идеи ве-

личия. Их формирование происходило чаще на фоне гипомании. Во всех случаях наблюдалась галлюцинаторная симптоматика – в трех случаях в виде слуховых псевдогаллюцинаций, в одном – в виде истинных зрительных. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика достигала своего пика в день предполагаемого конца света (21.12.2012 года) или вскоре после этой даты. Активность больных резко повышалась, предпринимались попытки спасти окружающих. Бредовые идеи конца света у пациентов, находящихся под наблюдением психиатра, наблюдались значительно раньше до предполагаемой даты и их госпитализации осуществлялись до 21 декабря 2012 года. У всех пациентов бредовые идеи конца света актуализировались на фоне ранее существовавшего религиозного бреда и протекали с псевдогаллюцинаторными переживаниями. Характерным было развитие депрессивной симптоматики. Наблюдалась меланхолическая и атипичная депрессия. Степень выраженности была столь высока, что приводила к суицидальным попыткам. Во всех случаях бредовое поведение было направлено на спасение самих себя. Формирование психотической симптоматики проходило на фоне нарушения режима приема лекарственных препаратов в амбулаторных условиях.

Выводы. Бредовые идеи конца света наблюдались у 4,6% пациентов, поступивших на стационарное лечение. У первичных больных бредовые идеи конца света входили в структуру политематического бреда и чаще формировались на фоне гипомании. У повторных больных бред конца света формировался на фоне ранее существовавшего религиозного бреда и депрессивной симптоматики.

Удовлетворенность качеством психиатрической помощи молодых пациентов с шизофренией в зависимости от длительности заболевания

Мальцева Е.А., Злоказова М.В.

Кировская государственная медицинская академия

Актуальность. В последние годы акцент оказания психиатрической помощи (ПП) все больше смещается в сторону партнерства с пациентом, что обуславливает необходимость оценки работы психиатрической службы пациентами (Кириянова Е.М., Сальникова Л.И., 2010; Glynn S.M. et al., 2006).

Цель исследования: изучить удовлетворенность качеством ПП молодых пациентов с шизофренией в зависимости от длительности заболе-

вания. Материал и методы: на базе стационара КОКПБ им. В.М. Бехтерева было проведено исследование удовлетворенности качеством ПП 92 пациентов с параноидной шизофренией молодого возраста (от 18 до 44 лет включительно). 1 группа – пациенты с длительностью заболевания до 5 лет – 27 человек; 2 – от 5 лет до 10 лет – 3 пациента; 3 – от 10 лет и более – 32 человека. Группы достоверно не различались по полу, семейному статусу, уровню образования и количеству работающих пациентов. Среди пациентов 1 группы 25,9% обратились за помощью впервые, 74,1% – повторно, пациенты 2 и 3 групп обращались за помощью повторно. Пациенты заполняли анонимную анкету для оценки удовлетворенности качеством оказания ПП (Мальцева Е.А. и др., 2012).

Результаты и обсуждение: группы достоверно не различались по оценкам работы ПП в целом: полностью удовлетворены – 33,3% пациентов 1 группы, 44,6% – 2, 50,0% – 3; в целом удовлетворены, но некоторые аспекты хотелось бы улучшить – 37,1%, 24,1%, 21,9% – соответственно; считают, что система ПП требует значительных изменений и совершенно не удовлетворены ПП – 29,6%, 21,3%, 28,1% пациентов. При увеличении длительности заболевания были получены достоверные различия по неудовлетворенности ПП между пациентами 1 и 3 групп по следующим показателям: лекарственное обеспечение (ЛО) (в 1 группе – 0%, в 3 – 15,6%), достаточность времени у медперсонала для оказания качественной ПП (0% и 25,0%), работа психолога (психотерапевта) (3,7% и 28,1%), внимание со стороны медперсонала (7,4% и 28,1%). В 3 группе в сравнении со 2 достоверно меньше пациентов, считающих ПП доступной для населения (в 1 группе – 85,2%, во 2 – 93,9%, в 3 – 75,0%). Графу пожелания, касающиеся улучшения ПП, заполнили только 22,8% пациентов. Чаще всего пациенты желали более свободного режима пребывания в стационаре (самостоятельные прогулки, домашние отпуска и т.д.) – 28,6%; большего внимания со стороны медперсонала – 23,8%; более уважительного отношения – 19,1%, улучшения питания и бытовых условий – 19,1%.

Выводы: около 30% пациентов недостаточно удовлетворены ПП, по мере увеличения длительности заболевания становится больше пациентов неудовлетворенных ЛО, достаточностью времени для оказания ПП, работой психолога (психотерапевта), вниманием медперсонала и уменьшается число пациентов, считающих ПП доступной для населения. В плане улучшения ПП, пациенты хотели бы расширения режимных моментов, более уважительного и внимательного отношения со стороны медперсонала, улучшения питания и бытовых условий. Полученные результаты необходимо учитывать при составлении программ реабилитации пациентов.

Исследование особенностей воображения у больных шизофренией с бредовой симптоматикой

Масленникова Е.А.

Московский городской психолого-педагогический университет

Актуальность. Расширение знаний о процессах образного мышления, о природе бреда, получение новых данных о креативности больных.

Цель: выявление взаимосвязи бредовой продукции и фантазийных образов у больных шизофренией с бредовой симптоматикой. Задачи: 1. Выявление связи смыслового образа, используемого больными в креативной продукции, с основной тематикой их бреда. 2. Исследование уровня креативности у больных шизофренией с бредовой симптоматикой. Гипотеза исследования. Больные шизофренией используют бредовые идеи в своей фантазийной продукции. Материал и методы. Испытуемые: 12 человек (мужчины, страдающие шизофренией с бредовой симптоматикой). Экспериментальная база: психиатрическая больница № 13. Методики: РАТ (Г. Мюррей); ТАТ (Г. Мюррей, модификация Д.А. Леонтьева); Тест Э.П. Торренса; Пиктограммы (С.Я. Рубинштейн); «Несуществующее животное» (А.Э. Симаховски).

Результаты. Данные исследования показали, что больные шизофренией с бредовой симптоматикой проявляют бредовые идеи в фантазийной продукции. Полученные данные позволяют делать предположение, что больные шизофренией с бредовой симптоматикой имеют достаточно высокий уровень креативности. Больные с разными формами шизофрении имеют примерно одинаковый уровень уникальности и оригинальности, что свидетельствует о том, что креативность в целом не связана с наличием бредовой симптоматики.

Гипотеза доказана: больные шизофренией с бредовой симптоматикой действительно используют свои бредовые построения в фантазийном процессе.

Выводы:

1. Больные шизофренией с бредовой симптоматикой проявляют бредовые идеи в фантазийной продукции.

2. Больные шизофренией с бредовой симптоматикой с определенной фабулой бреда используют те же самые смысловые образы в своем фантазийном процессе.

3. Больные шизофренией с разной фабулой бреда имеют тенденцию к достижению разного уровня креативности.

4. Тенденция, нуждающаяся в дальнейшем изучении – в фантазийной продукции больных шизофренией, имеющих отклонения в сексуальной сфере, не отмечалось проекций бредовых построений, а превалировала заинтересованность сексуальной сферы.

5. Больные шизофренией различной формы имеют практически одинаковый, статистически не имеющий различий, уровень креативности, в частности факторов уникальности и оригинальности.

6. Больные шизофренией с продуктивной симптоматикой с разными фабулами бреда, имеют одинаковый уровень ответов с продуцированной в них бредовой симптоматикой больными по всем методикам. Данная тенденция нуждается в дальнейшем изучении

Изучение осознания болезни при шизофрении с помощью нейрокогнитивных методик

Минаков А.А.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет*

Актуальность. Нарушение осознания психического расстройства является не только медицинской проблемой, которая определяет характер взаимоотношения врач-пациент и уровень комплаентности, но и представляет серьезную социальную проблему, связанную с возможностями адекватной самооценки и уровнем адаптации в обществе. По данным ВОЗ у 84% больных шизофренией отмечается нарушение критичности мыслей и поведения, связанного с болезнью. Это обуславливает невыполнение больными медицинских рекомендаций, несоблюдение правовых, социальных и других норм. Ряд исследований продемонстрировали связь нарушения осознания психического расстройства с дисфункцией определенных участков головного мозга, отвечающих за память и уровень сознания. Существующие методики оценки нарушения осознания психического расстройства основываются на самоотчете больных, поэтому дополнительные нейропсихологические тесты могут существенно помочь в оценке текущего статуса пациента.

Цель исследования – выявить связь между уровнем осознания болезни

и особенностями нейркогнитивного профиля у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством. Материалы и методы. В исследование вошли 20 больных женского пола с установленным диагнозом шизофрении или шизоаффективное расстройство (10 больных F20.x и 10 больных F25.x) в возрасте от 18 до 55 лет, проходящих стационарное лечение в психиатрической больнице №3 г. Санкт-Петербурга. В ходе обследования оценивался уровень инсайта по шкале SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disord), психический статус по шкале PANSS. Нейропсихологическое обследование включало оценку опознающей памяти (recognition memory) на лица и слова. Уровень межполушарной асимметрии оценивался с помощью теппинг-теста, дихотического прослушивания однословных слов и пробы Розенбаха.

Результаты и обсуждения. В результате обследования были выявлены различия в уровне инсайта у больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством, что соответствует данным других исследователей (S.Sevy и соавт., 2004), демонстрирующих более высокий уровень инсайта у аффективных больных. На уровень инсайта влияет сохранность опознающей памяти и выраженность межполушарной асимметрии, которые могут отражать степень нарушения/спутанности сознания и остроту психотического процесса.

Выводы. Для больных с шизоаффективным расстройством характерен более высокий уровень осознания болезни, чем для больных шизофренией. Существуют объективные нейрофизиологические показатели степени нарушения самосознания, которые могут использоваться в дополнении к клиническим методам для текущей оценки состояния больных.

Особенности формирования и течения эмоциональных и когнитивных нарушений у лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт

Михайлов В.Б.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Особое место в регистре психосоматической патологии занимает проблема инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта (МИ). У 60-85% больных с ИМ и МИ отмечаются психические расстройства, которые осложняют течение, исход заболевания, восстановительно-реабилитационные процессы.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей формирования и течения эмоциональных и когнитивных нарушений у лиц, перенесших ИМ и МИ. Материал и методы. Для проведения исследования было привлечено 120 пациентов (60 – с ИМ, 60 – с МИ). Основными методами обследования были: клинические, психодиагностические (шкала депрессии Гамильтона, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергер-Ханина, тест MMSE, шкала качества жизни), статистические. Полученные результаты показали, что ведущими синдромами в остром периоде ИМ являются: болевой (86,7%), фобический (83,3%), астено-тревожный (43,3%). В восстановительном периоде – фобический (40,0%), астено-тревожный (33,3%), астено-депрессивный (26,7%), истероформный (10,0%) синдромы, анозогностические расстройства (23,3%), когнитивные нарушения (10,0%). У лиц, перенесших МИ, в остром периоде ведущими синдромами являются: синдром нарушенного сознания (100,0%), когнитивных нарушений (83,3%), астенический (66,7%), болевой (66,7%), астено-депрессивный (26,7%), фобический (10,0%), астено-ипохондрический (3,3%) синдромы, анозогностические расстройства (13,3%). В восстановительном периоде – синдром когнитивных нарушений (80,0%), болевой (40,0%), астенический (40,0%), астено-депрессивный (40,0%), астено-тревожный (23,3%), астено-ипохондрический (6,7%) синдромы, анозогностические расстройства (6,7%). В восстановительном периоде (после проведенной системы психотерапевтической коррекции), как у лиц с ИМ, так и у лиц с МИ, представленность эмоциональных и когнитивных нарушений остается прежней, однако их частота и выраженность снижается.

Выводы. У больных с ИМ в остром периоде ведущим является болевой синдром, который приводит к выраженным психоэмоциональным расстройствам. На фоне сохранения когнитивных функций превалирует фобическая, тревожно-депрессивная симптоматика, выраженность которой напрямую зависит от выраженности болевого синдрома. В последующем первичный витально обусловленный компонент исчезает, формируются тревожно-депрессивные нарушения, анозогностический тип восприятия своего состояния.

У пациентов с МИ первичным является нарушение уровня сознания с когнитивными и астеническими нарушениями с последующим формированием психоэмоциональных расстройств, тревожно-депрессивных нарушений с элементами ипохондризации на фоне сохраняющихся когнитивных расстройств. Нами разработана система психотерапевтической коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений которая, для больных с ИМ включала проведение лично-ориентированной, рацио-

нальной психотерапии и аутотренинга, для больных с МИ – гипносу-ггестивной, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, когнитивного и аутотренинга.

Особенности поведения детей с перинатальным поражением центральной нервной системы

Можаров Н.С.

Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. По определению А.А. Баранова, В.Р. Кучма, Л.М. Сухаревой с соавторами в медицинском смысле представление о психическом здоровье должно включать понятие оптимального уровня эмоционально-волевого, интеллектуального и коммуникативного функционирования, то есть понятие психического здоровья имеет широкий спектр характеристик. В связи с этим оценка поведения детей с перинатальным поражением ЦНС приобретает важное значение, поскольку психоэмоциональное состояние отражает уровень возбудимости корковых отделов головного мозга, развитие психики ребенка и степень зрелости его личности, которые в значительной степени определяют успешность познавательной школьной дисциплины.

Цель исследования: изучение в динамике взаимосвязь нарушения поведения и роль перинатальных повреждающих факторов у детей. Материалы и методы. Наблюдались 50 детей, которые состоят на учете у психиатра, с различными формами отклоняющего поведения. В анкете исследования основное внимание было уделено перинатальному анамнезу и особенностям протекания беременности, показатели анкетирования вводились в компьютерную базу данных и подвергались статистической обработке.

Результаты исследования. По причине обращения родителей – нарушения поведения распределились следующим образом: антидисциплинарное поведение отмечалось у 14 детей, антисоциальное поведение отмечалось у 28 детей, 8 детей имели склонность к делинквентному типу поведения. Данные дети получали соответствующие лечение, но регулярно принимали лишь только 12 детей, остальные 38 детей эпизодически, из-за низкого комплаенса врача и родителей. В антенатальном периоде имела место смешанная патология – анемия, угроза прерывания беременности, гестоз – 56%, в позднем антенатальном периоде преобладала гипоксия, анемия и фетоплацентарная недостаточность в 61%, преждев-

ременные роды встречались в 24% случаях. Доношенными родились 49% детей, из них половина имели низкие сроки гестации, недоношенными – 24% детей. Родоразрешение у 19 беременных (63%) было «кесаревым сечением». У 21 ребенка (70%) в раннем неонатальном периоде встречались неврологические расстройства, такие как синдром угнетения, судорожный синдром, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Умеренная асфиксия в родах встречалась – у 22% новорожденных, а смешанная патология – слабость родовой деятельности и асфиксия в родах – диагностирована у 39% новорожденных. Синдром двигательных расстройств у 50% детей характеризовался задержкой сроков редукции безусловных двигательных автоматизмов, отсроченным формированием возрастных физиологических моторных реакций, транзиторными нарушениями мышечного тонуса.

Выводы и заключение. Исследование показывает, что дети с перинатальным поражением ЦНС имеют склонность к различным формам отклоняющегося поведения, поэтому есть необходимость оказания медицинской помощи на протяжении длительного времени и психотерапевтической реабилитации родителей этих детей.

Исследование уровня экспрессии генов, кодирующих серотониновые рецепторы в модели стресс-индуцированной депрессии

Морозова А.Ю., Зубков Е.А., Мустафина Т.Б.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Изучение нейрофизиологических, нейромедиаторных и нейроиммунологических механизмов патогенеза депрессий по-прежнему остается одним из важнейших направлений биологической психиатрии и экспериментальной нейробиологии. В свою очередь, необходимость изучения патогенетических механизмов депрессивных состояний у человека, определяет важность создания их адекватных моделей у экспериментальных животных. Основным стрессирующим фактором, воздействующий на человека в современном обществе – ситуация хронической информационной неопределенности, связанная как с высокими уровнями рисков повседневной социально-экономической деятельности, так и с появлением неопределенных угроз террористических актов.

Целью нашего исследования явилась разработка модели депрессии у крыс под воздействием потока разнонаправленной информации, несущей противоположную эмоциональную нагрузку и оценка валидности полученной модели. Полученные результаты свидетельствуют, прежде всего, о том, что хронический неизбежный стресс, вызванный воздействием ультразвуковых волн переменной частоты и моделирующий состояние информационной неопределенности приводит к выраженным депрессивноподобным чертам поведения у крыс и меняет экспрессию рецепторов, являющихся ключевыми биохимическими маркерами депрессии. Разработанная модель, в которой стрессирующее воздействие потока разнонаправленной информации сочетается с невозможностью ее избежать и даже идентифицировать источник ее возникновения, близка в конструктивном плане к модели выученной беспомощности Селигмана (Seligman, Maier, 1967). Однако в предлагаемой нами модели исключается непосредственное воздействие болевого компонента, что повышает уровень ее конструктивной валидности, приближая к обстановке существования человека в современном мире и возможно объясняет, что статистический рост заболеваний тревожно-депрессивного спектра и суицидов возникает из-за массивного объема информации, которую каждый человек неизбежно получает каждый день. Так же как для ряда других моделей депрессии, нами показана роль изменения экспрессии отдельных генов, кодирующих компоненты серотониновой системы в ее формировании.

Влияние телевидения на психическое состояние детей и подростков

Морозова И.В.

Самарская психиатрическая больница

Общеизвестно, что телевидение обладает значительным потенциалом в плане негативного влияния на психическое и социальное развитие детей и подростков, повышения уровня вербальной и физической агрессии, антисоциального поведения, распространенности гендерных и этнических стереотипных убеждений, а также психопатологических расстройств тревожного спектра. Чем больше дети и подростки смотрят телевизионные передачи, тем меньше времени они тратят на чтение, взаимодействие с окружающими, двигательную активность. При этом уточнение специфики негативного воздействия телевидения является весьма актуальной.

Целью данного исследования было изучение влияния просмотра телевизионных программ и видеофильмов на психическое состояние детей и подростков.

В исследовании приняли участие 35 детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет (23 мальчика и 12 девочек), находившихся на стационарном лечении детской городской клинической больницы №1 города Самара. Для исследования использовалась методика скрининг-диагностики психического напряжения и невротических тенденций у детей и подростков (Носачев Г.Н., Хайретдинов О.З., Печкуров Д.В., Уваровская О.Ю., 2004). Методика была модифицирована её авторами и исследователем для детей и подростков, так как изначально являлась опросником для родителей. Методика направлена на выявление симптомов психического напряжения и невротических тенденций у детей и подростков, которые сводятся к 9 шкалам, отражающим степень выраженности вегетативных нарушений, астенизации, расстройств сна, нарушений аппетита, проявлений депрессивного спектра, повышенной тревожности, фобий, патологических привычных действий, экстрапунитивной агрессии. В результате исследования выявлено, что около половины проанкетированных детей и подростков предпочитают телепередачи, сериалы, фильмы с негативным содержанием, более половины исследуемых уделяют просмотру телепередач и видеофильмов свыше 2 часов в день, симптомы утомления после просмотра телевизора отмечают 37% детей и подростков. Криминальные и информационные телепередачи, а также детективные и фантастические сериалы коррелируют с большим количеством синдромов психического напряжения, чем боевики, фильмы с фантастическим и мистическим содержанием, современные мультфильмы. У детей и подростков, увлекающихся телепередачами, сериалами, фильмами, содержащими акты насилия, высокий уровень экстрапунитивной агрессии.

Таким образом, исследование выявило специфическое негативное влияние на психическое состояние детей и подростков. Полученные результаты могут быть использованы в разработке психопрофилактических и реабилитационных программ комплексного лечения детей и подростков с соматической патологией.

Оценка уровня стресса среди первокурсников медицинской академии

Мышьянова С.И., Прокофьева С.А., Баклушина Е.К., Урсу А.В.
Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. Несмотря на то, что для каждого школьника поступление в высшее учебное заведение – событие радостное, в действительности

оно может нести в себе ряд стрессов. В связи с этим, по нашему мнению, важным является своевременное выявление студентов с повышенным уровнем нервно-психического напряжения, оказание им психологической поддержки и обучение их способам преодоления сложившейся стрессовой ситуации.

Цели и задачи. Выявить первокурсников с повышенным уровнем стресса и признаками нервно-психического напряжения и объединить их в группу нуждающихся в психологической поддержке. Материалы и методы. Нами были проанкетированы все первокурсники Ивановской государственной медицинской академии (юношей – 32,1%, девушек – 67,9%), обучающиеся на лечебном, педиатрическом и стоматологическом факультетах. Для определения выраженности стресса применялся тест PSM-25 и опросник Т.А. Немчина «Определение нервно-психического напряжения». Для изучения особенностей личности – сокращенная версия СМИЛ (в адаптации Собчик Л.Н.). Из исследования был исключен 71 человек (18,1%) по причине недостоверности результатов СМИЛ.

Результаты и их обсуждение. По шкале PSM-25 низкий уровень стресса наблюдался у 206 человек (64,2%), средний – у 112 человек (34,9%), высокий – у 3 человек (0,9%). По опроснику Т.А. Немчина первая степень нервно-психического напряжения (НПН) была выявлена у 94 человек (29,28%), вторая – у 227 (70,72%), третьей степени обнаружено не было. Было выявлено, что показатели уровня стресса и НПН достоверно отличались по полу ($p < 0,05$). При этом среди юношей низкий уровень стресса был обнаружен у 86 человек (85,1%), средний – у 15 (14,6%), а высокий уровень стресса не наблюдался; у девушек был выявлен низкий уровень стресса у 120 человек (54,5%), средний – у 97 (44,1%), высокий у – 3 (1,4%). По тесту СМИЛ (с учетом ведущей шкалы в профиле) наиболее часто встречался импульсивный (24,3%), дистимический (23,7%), гипертимный (12,1%), нормативный (10,9%) и шизоидный тип личности (9,3%). Методом множественной регрессии было выявлено, что на уровень стресса достоверно влияют такие личностные черты как мнительность, замкнутость, ригидность и эмоциональная лабильность. При комплексном анализе полученных результатов были выявлены 72 человека (22,4%), которые нуждаются в психопрофилактических мероприятиях, направленных на повышение уровня стрессоустойчивости.

Выводы. Таким образом, несмотря на то, что большинство первокурсников справляется с новой социальной ролью студента, среди них есть значительная категория лиц, требующая психологической поддержки. С учетом полученных данных мы планируем провести психопрофилактические тренинги, во время которых студенты расширят представления о

причинах и механизмах формирования стресса, приобретут навыки саморегуляции и стрессовладающего поведения.

Казуистический случай само- и взаимопомощи при лечении шизофрении

Несифорова О.И.

*Набережно-Челнинский психоневрологический диспансер,
филиал Республиканской клинической психиатрической
больницы им. В.М. Бехтерева*

Актуальность. Проблема установления терапевтического сотрудничества между врачом и пациентом сформировалась в самостоятельное направление психиатрии. Цель исследования – проведение анализа клинического случая, установление причины длительного отсутствия взаимодействия пациента и психиатрической службы. Методы: клинический, психометрический.

Клинический случай: Юлиан М., 1977 года рождения, диагноз: F20.004, параноидная шизофрения, непрерывный тип течения с нарастающим эмоционально-волевым дефектом, становление синдрома Кандинского-Клерамбо. Проведя анализ истории болезни, можно прийти к выводу о том, что заболевание началось преморбидом в раннем возрасте, проявляясь нарастающей аутизацией, трудностями в межличностных взаимоотношениях: «Испытывал страх перед общением с близкими. Комплекс неполноценности у меня был, было ощущение, что какой-то ущербный, неполноценный», приступов немотивированной агрессии: «Мог, ни с того, ни с сего соскочить с постели в 4 часа утра и начать избивать своего двоюродного брата». Манифестация заболевания произошла в возрасте 16 лет в виде формирования бреда преследования, на фоне тревожно-депрессивного аффекта, нарушений мышления, в виде спутанности мыслей, наплыва мыслей: «Мой мир, который был, он как бы рухнул. Меня тогда избили и все резко ухудшилось: появился комплекс, из-за того что не смог нормально общаться с этими ребятами. На фоне изменения состояния стало трудно учиться в техникуме: не понимал то, о чем рассказывали преподаватели, стало казаться, что в техникуме учились те ребята, которые меня избили. Из-за страха не ходил в техникум, испытывал головные боли, плохое настроение». Манифестация приступа проходила на фоне нарастающей социальной непродуктивности (пациент все чаще менял работу, часто засыпал на рабочем месте, мог самовольно покинуть рабо-

ту), нарушений когнитивной сферы (не усваивал новую информацию). На момент обращения в клинической картине отмечается становление синдрома Кандинского-Клерамбо в виде бреда психического воздействия: «ощущение, что в левой половине головы кто-то держит мысли: Как-будто шар какой-то, мысли мои как будто держит, атакует как будто». Физически ощущает присутствие у себя шара, который распространяет по всей головы мысли, вызывает появление ощущения осадка», идеаторных автоматизмов: звучание мыслей, висцеральных псевдогаллюцинаций – ощущение жара и тягостные боли по всему организму. Наиболее важным в данном случае является то, что пациент в течение многих лет, страдающий психическим расстройством, не получал профессиональной медицинской помощи, наблюдался и лечился родственниками, одним из которых являлась психически больная пациентка. Интересным кажется и тот факт, что сестра дисциплинированно выполняла назначения врача в отношении ее и в полной мере использовала и дублировала их для брата. Благодаря их помощи, пациент при стаже болезни в 21 год до последнего времени был трудоспособным и жил самостоятельно.

Вклад психотерапевтических мероприятий в комплексный реабилитационный процесс принудительного лечения

Новотоцкая-Власова Е.В.

*Психиатрическая клиническая больница №1
им. Н.А. Алексеева, Москва*

Актуальность. Повышение эффективности реабилитационного процесса, которую можно рассматривать как улучшение социального функционирования, появление осознания болезни, редукцию психопатологической симптоматики и снижение уровня агрессии пациентов, находящихся на принудительном лечении (ПЛ), является важнейшей задачей в области профилактики общественной опасности. В этом контексте оценка вклада психотерапевтической работы отвечает актуальным запросам практики, позволяя обосновать включение этого компонента психокоррекционных вмешательств.

Цель – оценить эффективность психотерапевтических мероприятий применительно к практике ПЛ. Задачи: 1. Измерить психологические показатели эффективности реабилитационного процесса у лиц, проходивших и не проходивших психотерапию перед ее началом и по окончании.

2. Проверить однородность исследуемых групп. 3. Сравнить динамику изучаемых индексов.

Материалы и методы. Было обследовано 100 мужчин, проходивших принудительное лечение в рамках одного отделения КОКПБ г. Кемерово, из которых 60 принимали участие в психотерапевтических занятиях, оставшиеся 40 были обследованы как группа сравнения. Психодиагностический комплекс включил в себя: шкалу социальной поддержки (MSPSS в адаптации В.М. Ялтонского); тест Басса-Дарки; тест А. Асингера.

Результаты и обсуждение. На этапе статистической обработки была показана однородность изучаемых групп, а также выявлены следующие особенности. Максимальное снижение общего индекса агрессии было выявлено в группе участвовавших в психотерапии, обусловленное в первую очередь снижением индексов по шкалам «вербальная агрессия», «негативизм» и «раздражительность», что означает снижение готовности данных больных к проявлению негативных чувств и появлению большей толерантности по отношению к установленным правилам поведения. Увеличение чувства вины наблюдалось также только в группе пациентов, проходивших психотерапию, что отражает возможное появление у них представления о том, что они поступают зло. Сочетание чувства вины со способностью к совладанию (копингу) является общепризнанным протективным фактором риска насилия. Среди больных участвующих в психотерапии было больше лиц, у которых появлялось полное осознание болезни. В то время как во второй группе было больше лиц, у которых отмечалось двойственное отношение к болезни или совсем не было осознания своего болезненного состояния. Также среди больных, не занимающихся психореабилитацией, было больше лиц, имевших проблемные отношения в отделении и постоянные нарушения режима.

Выводы. Таким образом, анализ психологической и поведенческой динамики, обусловленной, в том числе и психотерапевтической работой с пациентами, подтверждает практическую значимость и целесообразность ее внедрения.

Анализ назначения антипсихотических средств больным параноидной шизофренией в стационарах различного типа

Носова П.С.

*Саратовский государственный медицинский университет им.
В.И. Разумовского*

Актуальность. Несмотря на очевидный прогресс в лечении шизофрении, реальная клиническая практика ведения этих больных врачами-психиатрами остается далекой от идеала. Для оптимизации терапии шизофрении необходимы современные знания о сложившейся модели лечения в психиатрических стационарах различного типа.

Цель и задачи исследования: 1. Провести фармакоэпидемиологический анализ структуры назначения антипсихотиков больным шизофренией в 2007 году в двух психиатрических стационарах г. Саратова: в городской клинической больнице (КБ) и областной муниципальной больнице (МБ); 2. Изучить структуру назначений антипсихотиков больным шизофренией в КБ и МБ в 2007 году. Материалы и методы исследования. Было проведено открытое фармакоэпидемиологическое ретроспективное исследование на базе КБ и МБ. Выбор историй болезни осуществлялся сплошным методом.

Результаты исследования и их обсуждение. Были проанализированы истории болезни 316 пациентов. В проведенном исследовании более 90% больных получали одновременно 2 и более нейролептика (НЛ). В МБ 1 НЛ получали 19,05% пациентов, 2 НЛ – 50,7%, 3 и более НЛ – 24,6%. В КБ 1 НЛ получали 6% пациентов, 2 НЛ – 50,3%, 3 и более НЛ – 43,9%. Указанное соответствует данным исследований по лечению шизофрении в других странах. При этом в МБ наблюдалась благоприятная тенденция к снижению количества одновременно назначаемых НЛ: на одного больного в этой больнице приходилось $1,37 \pm 0,07$ НЛ, а в КБ – $2,47 \pm 0,06$ НЛ на одного пациента ($p < 0,05$). При рассмотрении структуры сочетанной терапии НЛ было выяснено, что большинство пациентов с параноидной шизофренией одновременно получали типичные НЛ и атипичные НЛ в обоих стационарах (61,2% пациентов в МБ, 83,4% – в КБ). В проведенном исследовании монотерапия атипичными НЛ проводилась только единичным пациентам КБ (3%), а лечение исключительно типичными НЛ встречалось достаточно часто (13,6%). В МБ гораздо чаще назначалась монотерапия атипичными НЛ (20,4%) и их реже комбинировали с типичными (61,2%), чем в КБ (83,4%). Монотерапия одним атипичным

нейролептиком проводилась одинаково редко в данных стационарах. Ее получили 3,4% пациентов МБ и 2,96% – в КБ.

Выводы. Тактика стационарного лечения шизофрении независимо от типа стационара не вполне соответствует международным рекомендациям по лечению данной патологии. Проведенное исследование не позволяет заключить о более качественном лечении в одном из типов стационаров. В обоих стационарах доля больных, получавших монотерапию атипичным НЛ, чрезвычайно мала, но часто применялось сочетание нескольких НЛ у одного больного. Это может привести к формированию фармакорезистентных форм шизофрении, ухудшению социальной адаптации больных, а также к увеличению риска развития побочных эффектов. Также указанное несет дополнительную финансовую нагрузку на службы здравоохранения.

Особенности отношения к своему здоровью людей в зависимости от самочувствия

Петрова Е.А., Сараев А.В., Соколова Е.А., Урсу А.В.
Ивановская государственная медицинская академия

Многие врачи сталкиваются с тем, что пациенты не выполняют назначенные рекомендации. В этом случае напрасно расходуются средства на лекарственные препараты, время работы специалистов, диагностического оборудования и т.п. В связи с этим необходимо повышать мотивацию пациентов на строгое выполнение рекомендаций по лечению и коррекции образа жизни.

Целью нашего исследования стало изучение отношения к своему здоровью людей с различным уровнем самочувствия. С помощью специально составленной карты было проведено интервью 102 человек (мужчин – 66,6%, женщин – 33,3%). В опросе приняли участие студенты медицинской академии – 17 человек, рабочие – 21 человек, больные наркологических отделений – 33 человека, больные психиатрических отделений – 33 человека. Большинство респондентов оценивают самочувствие как отличное (13,7%) или хорошее (50,0%), треть – как удовлетворительное (27,5%), остальные – как плохое (6,7%).

Опрошенные, считающие самочувствие удовлетворительным, в большей степени полагают, что их проблемы со здоровьем обусловлены трудной работой, плохой медицинской помощью и малоподвижным образом

жизни ($p < 0,05$). При этом они чаще считают, что за их здоровье несет ответственность кто-то другой (врач или государство). Те же, кто свое самочувствие оценивал, как отличное, убеждены, что проблемы со здоровьем возникают из-за вредных привычек, стресса и плохого настроения. При этом они в большей степени уверены в том, что ответственность за свое здоровье несут они сами ($p < 0,05$).

Респонденты, расценивающие самочувствие как хорошее, достоверно чаще утверждают, что занимаются физическими упражнениями, чем те, кто считает свое здоровье удовлетворительным или плохим. Те же, кто считает свое здоровье отличным, чаще других следят за своим питанием, занимаются физическими упражнениями и преодолевают вредные привычки. Они в большей степени убеждены в необходимости проходить обследование, правильно питаться и заниматься физическими упражнениями. В результате они больше тратят времени и денег на свое здоровье ($p < 0,05$). Оценивающие самочувствие как плохое, в меньшей степени готовы менять свой образ жизни, чтобы помочь лечению. Они считают, что больше знают про болезни, но, не смотря на это, менее ясно представляют, что нужно делать, для того чтобы выздороветь. Им кажется, что заниматься своим здоровьем очень сложно, и они в меньшей степени верят в выздоровление ($p < 0,05$). Это подтверждается наличием корреляционной связи между представлением о том, что заниматься своим здоровьем сложно и стремлением «откладывать на потом» необходимость начать что-либо делать в этом направлении ($r = 0,24$).

Таким образом, на самочувствие положительно влияет наличие личной ответственности за свое здоровье, хорошее настроение, уверенность в возможности выздоровления и убежденность в том, что для достижения поставленной цели не требуются какие-то невероятные усилия. Все это помогает человеку, не откладывая на завтра, своевременно начать выполнять необходимые лечебно-профилактические мероприятия.

Клинические характеристики и социальная адаптация пациентов с различными типами биполярного аффективного расстройства

Пижамова Н.А., Романов Д.В.

Самарский государственный медицинский университет

Согласно данным ВОЗ, биполярное аффективное расстройство (БАР) является 5 по значимости заболеванием по числу лет утраты трудоспособ-

ности у лиц молодого возраста. Распознавание биполярного расстройства сопряжено с диагностическими ошибками, проявляющимися гиподиагностикой гипоманиакальных состояний и частой диагностикой шизофрении, которая влечет за собой назначение неадекватных курсов терапии с длительным использованием нейролептиков и антидепрессантов, что может углублять социальную дезадаптацию и инвалидизацию.

Цель исследования: изучение клинико-психопатологических особенностей эпизодов и социальной адаптации у пациентов с различными вариантами течения БАР. Критерии включения: наличие в клинической картине развернутых маниакальных и депрессивных эпизодов или сочетание развернутых депрессивных и гипоманиакальных эпизодов. Критерии исключения: болезни зависимости от ПАВ, органические поражения головного мозга. Методы исследования: клинико-психопатологический, катamnестический, шкалы оценки БАР, статистический. Исследовано 40 пациентов психиатрического стационара, из них 16 мужчин и 24 женщины. Средний балл индекса биполярности у исследуемых – 78. Качество трудового функционирования исследуемого контингента пациентов характеризовалось тем, что 75% исследуемых мужчин и 33,3% женщин полностью утратили трудоспособность; 12,5% мужчин и 25% женщин обнаруживали снижение преморбидного трудового статуса.

Исследование маниакальных эпизодов показало, что наиболее распространенный клинический вариант маниакальных эпизодов – гневливая мания (44,2%). Бредовая симптоматика присутствовала в 40,3% случаев. У 3,5% исследуемых имели место смешанные эпизоды. Преобладающим вариантом депрессивного эпизода выступила классическая депрессия, бредовая симптоматика наблюдалась у 15,5% пациентов.

Среди исследуемых пациентов было выделено две группы: 1 группа пациентов, в клинической картине которых преобладали маниакальные эпизоды и 2 группа пациентов с преобладанием депрессивных состояний. В 1 группу вошло 25 пациентов, во вторую – 15. В 1 группе общее количество эпизодов составило 228, во второй – 58. В 1 группе отмечалась более высокая частота применения нормотимиков – 78,1% (во 2 группе – в 23,2% случаев) и транквилизаторов – 98,4% (во 2 группе – 89%). Частота применения нейролептиков в обеих группах существенно не различалась. Во 2 группе чаще применялись антидепрессанты – 98% (14,1%) и ЭСТ – 4% (1,5%).

Выводы. Проведенное исследование показало, что у пациентов 1 группы частота связанных с возникновением фаз госпитализаций была выше, чем у пациентов с преобладанием в клинической картине депрессивной

симптоматики. Число пациентов, полностью утративших трудоспособность, была также более высокой в 1 группе (56% против 40%). Количество попыток суицида у пациентов 2 группы было вдвое выше.

Применение нормотимиков в терапии, являющихся группой препаратов, рекомендуемой для лечения и профилактики БАР, было явно недостаточным.

Психоадаптивные и психодизадаптивные состояния у пациентов в предоперационном периоде аортокоронарного шунтирования

Плотникова Н.С.

Тюменская государственная медицинская академия

Оценка возможностей адаптации у людей, находящихся между здоровьем и болезнью, в дооперационном периоде аортокоронарного шунтирования (АКШ) крайне сложна. Психические нарушения у них отмечаются в 40-60% случаев. Многообразии методов обследования, отсутствие их общепринятой теоретической модели и систематики затрудняет анализ и сравнение полученных результатов. Изучение нарушений психики в кардиохирургии часто сводится к выявлению отдельных расстройств вне системного подхода и учета адаптивности-дизадаптивности психических реакций у больных, а их уровень оценивается психометрическими шкалами, обладающими высокой чувствительностью при низкой специфичности.

Цель работы: изучить распространенность, особенности клинической структуры психоадаптивных и психодизадаптивных состояний у пациентов перед оперативным вмешательством на сердце. Материалы и методы исследования: за 12 часов до АКШ клиничко-психопатологическим методом исследования и клиническими шкалами (MFI-20, HADS, HDRS, методика Спилбергера-Ханина) обследовано 45 пациентов, средний возраст – 50,2±4,4 лет, мужчин – 72,2%, женщин – 27,8%.

Результаты исследования и их обсуждение. У 33,3% пациентов обнаружены донозологические проявления психических расстройств, представлены тревожными психоадаптационными (22,2%) и психодизадаптационными (11,1%) состояниями (тревожно-депрессивными, астено-депрессивными, депрессивно-ипохондрическими). Наличие только тревожных и фобических расстройств до операции носило адаптивный

характер, но присоединение депрессивных проявлений с ипохондрией и выраженной астенией было характерно для психодизадаптивных нарушений. Результаты клинических шкал носили достаточно субъективный характер, выявляли не объективную структуру синдрома, а представление пациента о своем самочувствии. По данным методики Спилбергера-Ханина преобладал умеренный уровень личностной (71,4%) и реактивной (78,6%) тревожности. При переходе от адаптивной тревоги к патологической утрачивалась соразмерность эмоциональных, вегетативных, когнитивных, мотивационных ее проявлений. Астения носила соматогенный характер, наблюдалась практически у всех обследованных, как и вегетативные нарушения. При оценке MFI-20 снижение активности было выявлено у 82,4%, общая астения – у 70,6%. Использование для диагностики данных психометрических шкал не позволило оценить особенности распространенности и клинической картины донозологических проявлений психических расстройств у пациентов, результаты не соответствовали клиническим данным: тревожные расстройства субклинического уровня с помощью HADS выявлялись в 43,8% случаев, тогда как субклинически выраженная депрессия отмечалась намного реже (18,8%). По данным HDRS легкое депрессивное расстройство выявлено в 38,9% случаев.

Выводы: у 33,3% больных были выявлены субклинические проявления психических расстройств перед АКШ в виде тревожных психоадаптивных и психодизадаптивных состояний, раннее выявление и коррекция которых позволит предотвратить развитие клинических очерченных форм.

Диагностика депрессий методом анализа независимых компонент когнитивных вызванных потенциалов

Полякова Г.Ю.

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

Депрессивные расстройства являются одной из наиболее часто встречающихся видов психической патологии. Целью настоящего исследования явилось усовершенствование диагностики депрессивных состояний и разработка объективных критериев их динамики (спонтанной или в процессе терапии) с помощью исследования когнитивных вызванных потенциалов методом независимых компонент. В задачи исследования

входило: изучить характерные изменения когнитивных вызванных потенциалов при депрессивных расстройствах по сравнению с группой здоровых испытуемых; изучить особенности когнитивных вызванных потенциалов при разных видах депрессивных синдромов; определить нейрофизиологические эндофенотипы депрессивных расстройств. Объект исследования: в исследовании приняли участие 43 пациента с депрессивными синдромами преимущественно эндогенного генеза на высоте аффективного расстройства. Сравнение проводилось с группой здоровых испытуемых той же возрастной категории (248 человек от 18 до 70 лет). Использовалась нормативная база данных HBI Database. Методы: клинико-психопатологический; психометрический; регистрация ЭЭГ и когнитивных вызванных потенциалов с помощью скальповых электродов; зрительный двустимульный тест Go-NoGo на селективное внимание двух типов. Расчет независимых компонент вызванных потенциалов производился автоматически в программе WinEEG. Для выделения компонентов использовались пространственные фильтры, рассчитанные на основании нормативной базы данных HBI Database. Статистический анализ проводился с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Для определения локализации независимых компонент вызванных потенциалов и получения соответствующих топографий использовалась электромагнитная томография низкого разрешения (sLORETA).

Результаты и обсуждение. У больных в возрастной группе от 20 до 40 лет наблюдается значительное снижение амплитуды независимого компонента, генерируемого в премоторной коре и связанного с реакцией на новый стимул, уменьшение амплитуды компонент отражающих первичную обработку зрительного стимула, а также позднего позитивного компонента, предположительно связанного с мониторингом действия, генерируемого в цингулярной извилине. У больных в возрастной группе от 40 до 80 лет наблюдается значительное снижение амплитуды независимого компонента, связанного с первичной обработкой зрительного стимула, генерируемого в затылочной коре, а также поздних позитивных компонент, предположительно связанного с мониторингом и вовлечением в действие. Изменение компонент, отражающих реакцию на звуковой и зрительный стимулы, коррелирует с такими клиническими симптомами как ослабление реакции на внешние раздражители при депрессиях. А нарушения выявленные при анализе поздних позитивных компонентов, связанных с мониторингом и вовлечением в действие, указывают на снижение активности лобных и теменных отделов коры, что является физиологической основой когнитивных нарушений.

Типологическая дифференциация инволюционной истерии

Поляковская Т.П.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Актуальность проблемы инволюционной истерии вытекает из анализа эпидемиологических данных, свидетельствующих о высокой распространенности патологии этого круга (16-78%). Материал и методы исследования. Изученная выборка включает 85 женщин (средний возраст – $49,1 \pm 5,22$ лет). Несмотря на длительное существование изученных состояний (этот показатель составляет от полугода до 22 лет; в среднем – $6,41 \pm 5,81$ лет), выраженной дезадаптации у больных изученной выборки не регистрируется: большинство (63,7%) продолжает работать, сохраняет стабильный брачный статус (72,5%). Из 8 инвалидов (9,4%) II группу по психическому заболеванию имеет лишь одна пациентка. Основным методом исследования – клиничко-психопатологический с данными анамнеза. Сходство клинических проявлений инволюционной истерии с нарушениями, выявляемыми при соматической патологии, а также реальный риск ее развития определили необходимость сомато-неврологического обследования больных.

Результаты исследования и выводы. Психопатологическая структура синдрома инволюционной истерии, формирующегося при облигатном участии факторов репродуктивного старения (обменно-эндокринные нарушения, функциональная и/или органическая сердечно-сосудистая патология), включает следующие составляющие: сочетанные соматически-психопатологические проявления с преобладанием конверсионной симптоматики; расстройства депрессивного спектра; патохарактерологические проявления. На основе психопатологической гетерогенности изученные состояния дифференцируются на два типа. I тип (55 наблюдений) – соматизированная истерия – определяется преобладанием конверсионных, органоневротических и ипохондрических расстройств. Предпочтительные триггеры (75%) – стрессогенные события, субъективно воспринимаемые как «угроза» собственному здоровью и/или материальному благополучию. Конституциональный склад – истеро-гипертимный или истеро-ипохондрический (по А.Б. Смулевичу, 2009) с акцентуацией по типу вегетативной стигматизации. Динамика – хронификация состояния с формированием истеро-ипохондрического развития, сопровождающегося постепенной персонификацией соматизированной симптоматики с характерологическими девиациями, приобретающими черты «угнетенных мазохистов» (Illon Th., 1996). II тип (30 наблюдений) – истероидная

дисфория – определяется истерической депрессией с картиной «реакции разочарования», при которой гипотимия неотделима от отражающего «ключевое переживание» диссоциативного симптомокомплекса и дисфорических вспышек. Предпочтительные триггеры (67%) – стрессогенные события, субъективно воспринимаемые как «отвержение» (развод, измена супруга). Конституциональная predisпозиция определяется чертами «слепо преданных» («devoted» по А.Б. Смулевичу, 2009). Соматопсихическая акцентуация соответствует aberrантной ипохондрии с «отрицанием» телесного неблагополучия. Динамика – постепенная редукция психопатологических проявлений, сформировавшихся в рамках психогенно провоцированного затяжного депрессивного эпизода.

Клинические оценки пациентов с умышленными самоотравлениями (по материалам многопрофильного стационара скорой помощи)

Прокопович Г.А.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.
Джанелидзе, Санкт-Петербург*

Введение. Суицидальные попытки в виде умышленного самоотравления (СПУС) являются важной и недостаточно изученной проблемой. Мониторинг суицидальных попыток (парасуицида) проводится значительно реже, чем мониторинг суицида, а в учреждениях здравоохранения эти случаи не всегда правильно диагностируются.

Цель: определить клинические характеристики пациентов с умышленным самоотравлением. Материал и методы. На предварительном этапе ретроспективно было изучено 970 пациентов, поступивших в многопрофильный стационар Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе. Оказалось, что среди них преобладала доля пациентов с умышленными самоотравлениями лекарственными средствами – 845 человек (87,1%). Для последующего изучения была сформирована исследуемая фокус-группа с диагнозом «суицидальная попытка отравления» (1 группа) – 102 человека, средний возраст – $41,7 \pm 1,9$ лет, 29 (28,4%) мужчин и 73 (71,6%) женщин. В контрольную группу вошли пациенты с суицидальными попытками в виде преднамеренного повреждения острым предметом (2 группа) – 35 человек, средний возраст – $36,1 \pm 2,7$ лет, 22 (62,9%) мужчин и 13 (37,1%) женщин. Исследование осуществлялось клиничко-психопатологическим,

клинико-архивным методами с помощью формализованной карты пациента с суицидальным поведением, состоящей из 268 пунктов и включающей психопатологический, клинико-динамический и социально-демографический модули. Диагностика осуществлялась согласно критериям международной классификации болезней МКБ-10 с использованием кодов Х61-Х69 «Умышленные самоотравления». Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета STATISTICA.

Результаты. Наибольший удельный вес – 54,9% с доверительными интервалами (ДИ) 0,443;0,655 пришелся на случаи самоотравления антиэпилептическими, седативными, антипаркинсоническими и психотропными препаратами. По нозологическим группам наиболее высокой была доля пограничных психических расстройств. В 1 и во 2 группах они составили 50% и 42,8%. Межгрупповые различия не значимы. Доли лиц, злоупотребляющих алкоголем и другими наркотическими средствами, были высокими в обеих группах, однако во 2 они были значимо выше, чем в 1 (алкоголь: 62,9% против 37,2%, $p=0,0092$; наркотические средства – 25,7% против 8,8%, $p=0,0117$). Повторные суицидные попытки наблюдались у 22 (21,6%) пациентов 1 и у 17 (48,6%) 2 группы ($p=0,0117$). Различие статистически значимо. Расчет ДИ для отношения шансов (ОШ) отсутствия повтора суицидальной попытки для исследуемой и контрольной групп показал, что шанс отсутствия повтора суицидальной попытки значимо выше в 1 группе (ДИ = 1,53;7,70, ОШ = 3,433, \ln ОШ (3,433)=1,233, $t=1,96$). Построение логистической регрессионной модели показало, что фактор злоупотребления алкоголем ассоциирован с повтором СПУС ($\chi^2=5,56$, $p=0,0183823$).

Закключение. Учет полученных данных может способствовать улучшению оказания психиатрической помощи в многопрофильном стационаре.

Коморбидность обсессивно-компульсивного и биполярного аффективного расстройства

Резников М.К.

ЛИОН-МЕД, Воронеж

Актуальность. Коморбидность обсессивно-компульсивного (ОКР) и биполярного аффективного расстройства (БАР) встречается сравнительно редко, однако не является казуистической и в современной научной литературе встречаются разрозненные публикации, посвященные этой проблеме. С клинических позиций пациенты с коморбидностью ОКР и

БАР представляют собой достаточно гетерогенную группу. Некоторые случаи ОКР являются проявлением фазы БАР, в других случаях длительно текущее ОКР может провоцировать возникновение фазы (обычно депрессивной). В отношении терапии подобных пациентов имеются определенные сложности. Так, например, назначение антидепрессантов, которые являются основными препаратами для лечения ОКР, может ухудшить течение БАР. Использование нормотимиков, являющихся основой терапии БАР, как правило, не имеет достаточного уровня доказательности при ОКР.

Цель работы: проанализировать несколько наблюдавшихся нами клинических случаев коморбидности ОКР и БАР, оценить эффективность различных групп препаратов.

Результаты. Под нашим наблюдением находилось 4 пациентки в возрасте от 22 до 31 года, обратившихся за помощью психиатра с симптомами ОКР в виде контрастных навязчивостей. Длительность симптомов ОКР составила от 1 месяца до 6 лет. В 2 случаях отмечались симптомы смешанной фазы БАР, в 1 случае отмечались симптомы депрессивной фазы, в одном случае значимых аффективных симптомов, достаточных для диагностики фазы не отмечалось. У всех пациенток в анамнезе ранее наблюдалась как минимум 1 гипоманиакальная фаза и одна депрессивная. Всем пациенткам помимо основного диагноза ОКР был выставлен сопутствующий диагноз БАР 2 типа. Клинически отмечено, что по анамнезу во время гипоманиакальных фаз никогда не отмечалось симптоматики ОКР, во время предыдущих депрессивных фаз у 2 пациенток не отмечалось симптоматики ОКР, а у 2 отмечалось ее усиление. Всем 4 пациенткам был назначен нормотимик в виде вальпроевой кислоты в дозе 500-1000 мг/сут. Дополнительно к вальпроату двум пациенткам был назначен сертралин в дозе 150 мг/сут., а двум пациенткам – рисперидон 2 мг/сут. У обеих пациенток, которые принимали сертралин за 8 недель терапии не было получено значимого клинического ответа и они были переведены на сопутствующую терапию рисперидоном 2 мг/сут. Во всех 4 случаях наблюдалось значительное уменьшение симптомов ОКР после назначения рисперидона в дозе 2 мг/сут. уже в течение первой недели и фактически полное исчезновение симптомов ОКР на 4 неделе терапии. Катамнестически через 6-12 месяцев у всех пациенток – стабильная ремиссия.

Выводы. К сожалению, учитывая сравнительную редкость данного сочетания, не позволяется возможным провести полноценное исследование. Тем не менее, предварительно можно сделать вывод о возможной высокой эффективности на симптомы ОКР антипсихотических препаратов, в частности рисперидона в невысоких дозах. И в случаях коморбидности

ОКР и БАР, возможно, терапия антипсихотиками должна начинаться, в том числе и на первом этапе лечения.

Исследование клинического, социального и реабилитационного аспектов госпитализма у пациентов общепсихиатрического стационара

Российский В.В.

Самарская психиатрическая больница

Феномен госпитализма рассматривается как важная проблема социальной психиатрии. Не до конца изученными являются как природа феномена, так и его клинические проявления, а также – профилактические и реабилитационные аспекты.

Целью исследования являлось изучение клинических и социальных характеристик госпитализма у больных общепсихиатрического стационара для совершенствования реабилитационных мероприятий, определение клиничко-психопатологической структуры госпитализма. Методы исследования: клиничко-психопатологический, психометрический, социометрический, статистический. Было исследовано 35 госпитализированных больных (мужчины и женщины) в возрасте от 18 до 65 лет с явлениями госпитализма.

Для оценки степени выраженности синдрома составлен опросник, который включает в себя несколько групп критериев – социальные показатели, клинические (оценка психического состояния, общее клиническое впечатление о больном CGI-S), мотивы госпитализации. Ранжирование каждой позиции осуществлялось по балльной системе. Количество баллов прямо пропорционально тяжести госпитализма, максимальное количество которых – 78, минимальное – 0. Малое количество баллов (1-5) свидетельствует о том, что больной находится в группе риска по развитию госпитализма. Больные, набравшие 6-26 баллов – характеризовались как легкой степени синдрома, от 27-52 баллов – средней и от 53-78 – тяжелой степени. Таким образом, было выявлено, что у больных с органическими заболеваниями головного мозга наиболее часто встречается госпитализм легкой степени – в 63% случаев, средней степени – в 37%, и совсем не встречается тяжелой степени госпитализма, как и у пациентов с расстройствами личности, половина из которых со средней степенью тяжестью синдрома, и половина – с легкой. У больных шизофренией чаще всего

встречается средняя степень тяжести синдрома госпитализма (70% исследуемых), а легкий и тяжелый госпитализм встречался соответственно в 10% и 20% случаев. Использование результатов исследования в практической работе врачей-психиатров имеет профилактическое значение для предупреждения развития госпитализма. Реабилитационные мероприятия должны содержать такие пункты, как поощрение самостоятельности в принятии решений больным, возможность применения различных социальных ролей пациентом, противодействие обезличиванию и стимуляция расширения спектра потребностей больного.

Выводы. Выявлены клинические и социальные факторы, способствующие формированию госпитализма у больных психиатрического стационара общего типа. Определена клинико-психопатологическая структура госпитализма, разработана классификация степеней тяжести госпитализма. Было исследовано соотношение между степенью выраженности госпитализма, его клинико-психопатологическими особенностями и социальными факторами, способствующими его формированию, сформулированы рекомендации по реабилитации таких пациентов.

Жизненные ценности студентов первого и шестого курса медицинской академии

Сидорова О.С., Салов С.А.

Ивановская государственная медицинская академия

Для исследования использовалась специально разработанная анонимная анкета, включавшая в себя, в частности, значимость определенных жизненных ценностей и роль сотрудников вуза в их достижении. Всего было опрошено 136 студентов 1 курса, и 57 студентов 6 курса медицинского вуза. Значимость жизненных ценностей определялась по десятибалльной шкале, где 10 баллов – максимальная значимость, а 0 баллов – отсутствие значимости. При оценке ответственности за достижение этих ценностей также исходили из 10 баллов – абсолютная ответственность и 0 баллов – отсутствие ответственности. В дальнейшем каждый показатель оценивался по среднему баллу (среднее арифметическое). Получение профессиональных знаний для студентов первого и шестого курсов оказалось самой значимой целью обучения в вузе: средний балл соответственно 8,7 и 7,9. При этом ответственность за получение знаний первокурсники, в большей степени, чем шестикурсники, возлагали на сотрудников академии – средний балл соответственно 8,1 и 6,7 балла. Показатель значимости взаимопонимания с преподавателями составил

соответственно 6,7 и 5,9 баллов. Оценка ответственности преподавателей за взаимопонимание со студентами первокурсники оценили в среднем в 8,5 баллов, а шестикурсники в 6,3 балла.

Значимость взаимопонимания с другими студентами первокурсники оценили в среднем в 6,4 балла. Ответственность преподавателей в среднем была оценена ими в 7,5 баллов. У шестикурсников роль взаимопонимания со студентами оказалась менее значимой, также как и ответственность преподавателей – соответственно 5,5 и 4,5 баллов. Хороший досуг оказался менее значим: средний балл первокурсников составил 5,9, а у шестикурсников – 5,2 балла. Почти половина первокурсников считают, что обеспечение их досуга – ответственность преподавателей: средний балл – 6,4. Шестикурсники менее требовательны к преподавателям – средний балл гораздо ниже – 4,1. Значимость повышения своего культурного уровня первокурсники оценили в среднем достаточно высоко – в 7,9 баллов, тогда как шестикурсники всего лишь в 6,4 балла. Значительная часть первокурсников, возлагает основную ответственность за реализацию этой ценности на преподавателей: средний показатель – 7,9 балла, в отличие от шестикурсников, которые показали средний балл 4,9. Значимость улучшения личного здоровья достаточно высока у первокурсников: средний балл – 7,4, тогда как у шестикурсников – только 5,5 баллов. Первокурсники, в отличие от шестикурсников, надеются, что преподаватели смогут помочь им улучшить здоровье: средний балл соответственно 6,7 и 3,8. Взрослая, самостоятельная жизнь – единственный показатель который оценен шестикурсниками выше, чем первокурсниками – соответственно 7,6 и 7,1 балла. Как и в остальных случаях первокурсники возлагают на преподавателей значительно большую, чем шестикурсники, ответственность: средний балл – 6,2 против 3,7 балла. Материально-бытовое благополучие высоко оценивается первокурсниками – в 7,7 баллов, а шестикурсниками – в 6,1 балла. Ответственность за его реализацию первокурсниками, в отличие от шестикурсников, в значительной степени возлагается на преподавателей: средний балл соответственно – 5,4 и 2,8.

Таким образом, значимость всех ценностей у шестикурсников по сравнению с первокурсниками снижается. Исключение составляет взрослая, самостоятельная жизнь. Вызывает беспокойство снижение роли личного здоровья. Вместе с тем, снижение роли ответственности преподавателей практически по всем параметрам говорит о формировании более реального отношения к жизни.

Коморбидность панического расстройства с агорафобией и расстройств, связанных с употреблением алкоголя

Соболев Д.В., Павличенко А.В.

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

Актуальность. Симптомы расстройств, вызванных употреблением алкоголя, соответствующие диагностическим критериям DSM-IV и МКБ-10, могут напоминать характерные черты панических атак. Также известно, что пациенты с фобическими состояниями могут употреблять алкоголь в качестве противотревожного средства. В тоже время, работ посвященных коморбидности панического расстройства с агорафобией и расстройств, связанных с употреблением алкоголя, недостаточно.

Цель исследования – изучение взаимосвязи между некоторыми распространенными страхами и связанными с употреблением алкоголя расстройствами. Материалы и методы. Мы отобрали 61 стационарных больных с диагнозом «Паническое расстройство (ПР) с агорафобией»; в соответствии с критериями DSM-IV и МКБ-10. Использовались: Шкала фобии Шихана, психометрический, статистический и клинико-описательный методы.

Результаты и их обсуждение. Отягощенность алкоголизмом среди родственников больных составила 24,6%. Примерно у 10% изученных пациентов отмечались симптомы алкогольной зависимости за 5 лет и менее до манифестации ПР. Вызванные алкоголем панические атаки (13,1%) сопровождались преобладанием вегетативных симптомов и ипохондрических страхов. Большинство пациентов (95,1%) полностью отказались от употребления любых алкогольных напитков в первые 3 месяца после дебюта ПР. Рецидивирующие панические атаки приводили к формированию избегающего поведения. В дальнейшем около трети больных эпизодически употребляли алкоголь во время езды в транспорте, чтобы уменьшить тревогу. Несколько пациентов (9,8%) принимали алкоголь всякий раз, когда собирались выйти из дома. В конечном итоге, это могло привести к формированию зависимости (6,5%). В тех случаях, когда агорафобия развивалась после специального противоалкогольного лечения (так называемое «кодирование»), даже запах и вид алкогольных напитков мог спровоцировать симптомы, наблюдаемые при панических атаках (8,2%).

Выводы. Употребление алкоголя и противоалкогольное лечение может непосредственно предшествовать манифестации ПР. Однократная паническая атака связана с низким риском формирования алкогольной болезни. В противоположность этому, агорафобия, по-видимому, может сопровождаться эпизодическим употреблением алкоголя в ситуациях, вызывающих усиление тревоги.

Реабилитационный подход: особенности коррекции нейрокогнитивного дефицита

Спикина А.А., Савельев А.П.

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

В настоящее время нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией является одной из важнейших медико-социальных проблем современной психиатрии. Медико-социальная значимость проблемы заключается в том, что среди больных шизофренией значительный удельный вес составляют лица трудоспособного возраста.

Цель работы: изучение влияния нейрокогнитивных тренингов на высшие корковые функции у больных шизофренией, а также оценка их эффективности в комплексной терапии шизофрении. Материал и методы. Для исследования были сформированы группы пациентов с диагнозом шизофрения параноидная, проходящими курс лечения в отделении реабилитации психоневрологического диспансера. Все пациенты получали адекватную психофармакотерапию нейролептиками 2 поколения. Пациенты основной группы (102 пациента) дополнительно участвовали в тренингах когнитивного дефицита. Пациенты, вошедшие в группу сравнения (48 пациентов) получали только психофармакотерапию.

Методы исследования: клинический (расширенное клинико-психопатологическое интервью), параклинический (психологическое исследование нейрокогнитивного дефицита с помощью батареи стандартных тестов, исследование социального функционирования больных – шкала PSP). Дизайн исследования: первичное обследование пациентов проводилось при первом обращении, до начала проведения нейрокогнитивных тренингов, повторное исследование проводилось через месяц после завершения тренинговых программ и заключительное обследование – через год. В группе сравнения обследования проводились с аналогичной часто-

той. Структура занятий. Интенсивный тренинг проводится во время пребывания пациентов в отделении реабилитации с частотой не менее двух раз в неделю. Продолжительность каждого занятия не более 60 минут. Общее число занятий на этапе интенсивного тренинга 10-12. Занятия проходят 2 раза в неделю. Поддерживающий этап направлен на поддержание и закрепление выработанных во время интенсивного этапа когнитивных навыков, а также укрепление пройденного материала, с последующим включением пациентов в социальные программы. Проводится с частотой 1 раз в 2 недели в течение полугода. На поддерживающем этапе группа может включать большее количество людей из разных групп (10–14), прошедших этап интенсивного тренинга.

Результаты: В результате тренировки когнитивных процессов у больных шизофренией были получены показатели увеличения темпа деятельности, улучшения концентрации внимания, повышение адекватности мышления и объема долговременной памяти; были выявлены тенденции к увеличению объема оперативной кратковременной памяти, по данным обследования отмечается увеличение всех показателей (разница с контрольной группой составила от 3% до 26%), максимальное улучшение приходится на зрительную память и минимальное на функции внимания.

Вывод. Нейрокогнитивные тренинги показали себя как эффективный метод коррекции когнитивного дефицита. Включение данных занятий в реабилитационные программы способствует сокращению сроков нахождения пациентов на отделении и скорейшей интеграции в общество.

Исследование невротизации комбатантов с экзогенно-органическим заболеванием головного мозга

Стреминский С.Ю.

Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн, Барнаул

Актуальность. Последние десятилетия в нашей стране отмечены ростом невротических расстройств, а также возникновением комплекса проблем, связанных с новой социальной группой, включающей военнослужащих, принимавших участие в локальных конфликтах.

Цель исследования: клинико-динамический анализ невротизации комбатантов, страдающих экзогенно-органическим заболеванием головного мозга (ЭОЗГМ). Материалы и методы. Методом сплошной выборки нами были исследованы истории болезни комбатантов, проходивших ле-

чение в госпитале для ветеранов войн в период 2008-2010 гг.

Результаты и обсуждение. За этот период времени психиатром обследовано 4054 больных. Из них 613 (15,1±0,01%) пациентам был выставлен диагноз ЭОЗГМ. В соответствии с МКБ-10, 164 (26,8±0,07%) – органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство, 449 (73,2±0,07%) – другие неуточненные психические расстройства. ЭОЗГМ обусловлены: контузиями у 508 (83%) пациентов; ЧМТ – у 401 (65,4%) пациента; интоксикациями, в том числе злоупотреблением алкоголя – 305 (49,8%) человек, препаратами конопли – 153 (25%) человека. 450 человек (73,4%) являлись участниками боевых действий в Афганистане, 163 (26,6%) – в Чечне. Средний возраст – 43,3 года. 263 (42,9%) комбатанта составили возрастную группу 40-46 лет. 204 (33,3%) пациента с диагнозом ЭОЗГМ предъявляли жалобы, связанные с психогениями. В 2008 году таких больных было 98 (48,0%), из них 34 (34,7%) сообщали о семейном неблагополучии, 8 (8,2%) – о судебных разбирательствах, 20 (20,4%) – о смерти близких, 10 (10,2%) – о долгах по кредитам, 23 (23,5%) – об отсутствии работы, 3 (3,1%) – о жилищных проблемах. В 2009 году 55 (27,0%) пациентов указывали на психогении: 19 (34,6%) говорили о семейном неблагополучии, 8 (14,5%) – о судебных разбирательствах, 9 (16,4%) – о смерти близких, 8 (14,5%) – о долгах по кредитам, 8 (14,5%) – об отсутствии работы, 3 (5,5%) – о жилищных проблемах. В 2010 году психогенным воздействиям подвергся 51 (25,0%) комбатант: у 22 (43,1%) обнаружено семейное неблагополучие, у 6 (11,8%) – судебные разбирательства, у 15 (29,4%) – смерть близких, у 2 (3,9%) – долги по кредитам, у 4 (7,9%) – отсутствие работы, у 2 (3,9%) – жилищные проблемы. Так, на протяжении трех лет самым актуальным психогенным воздействием на комбатантов является семейное неблагополучие. Клиническая картина психогенных расстройств у всех пациентов, перенесших психогенные воздействия, соответствовала их описанию в медицинской литературе. Смешанные расстройства не диагностировались, следовательно, лечебные мероприятия проводились без учета клинико-динамических особенностей коморбидности. Улучшение состояния рассматривалось в контексте динамики органической симптоматики.

Выводы:

1) Коморбидность экзогенно-органических заболеваний головного мозга и психогенных расстройств является весьма распространенным явлением у комбатантов.

2) От своевременности диагностирования данной патологии зависит оптимизация схем требуемых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Сравнительная характеристика различных групп нейролептиков при поддерживающей терапии у больных с шизоаффективными расстройствами

Сумарокова М.А., Щукина Е.П.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Актуальность. Для создания качественной ремиссии при шизоаффективном расстройстве (ШАР) необходимы эффективные схемы поддерживающей терапии. Обычно таким больным назначают атипичные нейролептики. В тоже время в ряде работ показывается, что эффективность типичных и атипичных нейролептиков сопоставима. В связи с этим необходимо провести исследование влияния этих двух групп лекарственных препаратов на качество ремиссии у больных с ШАР.

Цель и задачи исследования. Цель работы – улучшение качества терапевтических ремиссий при ШАР. Поставлены задачи: определить, какие препараты использовались в качестве поддерживающей терапии за этот период, оценить их эффективность, провести сравнение эффективности типичных и атипичных нейролептиков при профилактике рецидивов ШАР. Материалы и методы. Было проведено исследование в рамках пяти врачебных участков московского психоневрологического диспансера №7 с выявлением больных ШАР. Было определено количество пациентов, получающих терапию типичными нейролептиками, атипичными антипсихотиками, получающих сочетанную терапию антипсихотиками различных групп (типичные и атипичные), отдельно была выделена группа больных принимавших клозапин и не получавших антипсихотической терапии в качестве контрольной группы. Исследовано влияние различных видов нейролептиков на течение ШАР. Была обследована группа из 54 амбулаторных больных с диагнозом «шизоаффективное расстройство (F25)», выявленных на пяти территориальных участках специализированного диспансерного наблюдения г. Москвы. Критериями исключения являлись наличие органической, тяжелой соматической патологии, зависимость от психоактивных веществ. В группе было 25 мужчин (46%) и 29 женщин (54%) в возрасте от 25 до 49 лет, средний возраст – $36 \pm 8,6$ лет.

Результаты исследования. В случае сочетаний атипичного нейролептика с азалептином и атипичного нейролептика с типичным число наблюдений недостаточно для получения статистически достоверного результата. Рассматривая эффективность подобных видов терапии необходимо отметить, что, несмотря на видимую разницу в продолжительности

ремиссии, они статистически не различаются при учете статистической ошибки. Был проведен анализ регулярности приема поддерживающей терапии в зависимости от вида назначенного антипсихотического препарата. При анализе связи между видом нейролептиков в предшествующей поддерживающей терапии и длительностью последующей госпитализаций статистически значимых различий выявлено не было.

Выводы. В период статистически достоверной наибольшей продолжительности ремиссии (1998-2002 гг.) наиболее распространенной терапией было сочетание азалептина с типичным нейролептиком (трифтазином или галоперидолом), таким образом, статистически достоверной разницы в эффективности терапии типичными и атипичными нейролептиками не выявлено. Заключение: одним из основных факторов, влияющих на качество жизни больных, страдающих ШАР, является регулярный прием адекватной поддерживающей терапии нейролептиками.

Модификация спектра психотропной активности атипичного антипсихотика рисперидона, применяемого при псевдоневротической шизофрении, в комбинации с феназепамом

Сюняков Т.С., Шабанова А.А., Метлина М.В.

*Научно-исследовательский институт фармакологии им.
В.В. Закусова Российской академии медицинских наук, Москва*

Актуальность. В клинике шизофрении, протекающей с преобладанием тревожно-фобических, ипохондрических и идеообсессивных расстройств проявления шизофренического процесса с нарастанием негативных изменений сочетаются с симптомами пограничного круга расстройств, прежде всего с тревожными нарушениями. Принимая во внимание сложность синдромальной картины этих состояний, для их терапии недостаточно монотерапии антипсихотиками. В проведенных ранее исследованиях была показана неэффективность монотерапии при этих состояниях традиционных антипсихотиков, которую компенсировала аугментация бензодиазепиновыми анксиолитиками. Вместе с тем антипсихотики второго поколения обладают более широким спектром психотропной активности и могут обладать преимуществом при терапии таких состояний.

Цель и задачи. Целью исследования являлось определение особенностей терапевтического действия рисперидона, обладающего широким

спектром клинического применения, и его последующего сочетания с феназепамом у больных псевдоневротической шизофренией. Задачи исследования включали изучение терапевтической динамики невротических расстройств при монотерапии рисперидоном и при его комбинации с феназепамом.

Материалы и методы. Изучено 10 пациентов (7 мужчин, 3 женщины) в возрасте от 19 до 52 лет с диагнозом псевдоневротической шизофрении (F21.3 по МКБ-10) с преобладанием обсессивно-фобических и ипохондрических нарушений. Все больные 14 дней получали монотерапию рисперидоном, а с 15 по 28 день – комбинацию рисперидона и феназепама. Оценка результатов терапии производилась по шкале оценки выраженности симптоматики (ШОВС), позволяющей адекватно анализировать выраженность невротических расстройств.

Результаты. Общая линейная модель с баллами по ШОВС на 1, 7, 14, 21 и 28 дни терапии в качестве зависимых переменных выявила достоверную динамику показателей «фобические расстройства», «идеаторные навязчивости», «сенестопатии» и «сверхценные идеи» с 7 дня терапии. При внесении независимой переменной, отражающей назначение феназепама, обнаружено достоверное ускорение темпов редукции идеаторных навязчивостей с 14 по 28 дни в сравнении с периодом с 1 по 14 дни терапии ($F=3,27$, $p=0,05$). На уровне тенденции аналогичные различия выявлены для терапевтической динамики сенестопатий ($F=2,50$, $p=0,096$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о недостаточной эффективности монотерапии атипичными антипсихотиками неврозоподобных расстройств при шизофрении, вероятно, связанной с неполным соответствием структуры психопатологической мишени спектральной характеристике рисперидона. Более полная терапевтическая эффективность при указанных расстройствах достигается при комплексном применении антипсихотиков и анксиолитиков за счет потенцирования анксиолитиками антипсихотического эффекта нейролептиков, о чем свидетельствует ускорение темпов редукции идеообсессивных и сенестопатических расстройств.

Исследование агрессивного поведения больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении в плановом отделении психиатрической больницы

Ткачева И.В., Золотова А.Н.

*Психоневрологический диспансер Ростовской области,
Ростовский филиал*

Агрессивное поведение больных шизофренией является серьезной проблемой для амбулаторной и стационарной психиатрической службы. Известно, что в условиях психиатрического стационара больные шизофренией совершают акты агрессии чаще, чем другие группы больных. Однако недостаточно изучены особенности агрессивного поведения в условиях планового стационарного психиатрического отделения, в связи с чем актуально исследование агрессивного поведения этой категории больных.

Цель – изучить уровень и формы агрессивного поведения больных шизофренией, находящихся на плановом стационарном лечении в психиатрической больнице общего типа.

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента стационарных плановых отделений городского психоневрологического диспансера с диагнозом шизофрения на 15-20 день пребывания (44 мужчины, 20 женщин). Использован клинический метод (расспрос, наблюдение) и экспериментально-психологический с применением опросника Л.Г. Почебут (тест оценки агрессивности) и проективной методики «несуществующее животное».

Результаты и обсуждения. По результатам опросника Л.Г. Почебут общая агрессия у мужчин отмечалась на среднем уровне с тенденцией к выраженной у 91% опрошенных. Высокая степень агрессивного поведения отмечалась у 4,5% обследованных мужчин, низкая у 4,5% мужчин. У женщин высокая степень агрессивности не отмечалась, у 90% выявлена средняя степень (с тенденцией к выраженной), у 10% низкая степень агрессивности. При изучении форм агрессивного поведения у мужчин выявлено преобладание высокого уровня агрессии в форме самоагрессии (45,5%) и среднего уровня предметной агрессии (59,1%), что говорит о несовершенстве психологических защит и уязвимости к агрессивному поведению извне, а также проявлении агрессии в вымещении её на предметах. У женщин преобладает самоагрессия (выраженная агрессивность у 50%) и средняя степень выраженности физической и эмоциональной агрессии (по 50%), что необходимо учитывать при общении с пациент-

ками. При применении методики «несуществующее животное» получены следующие результаты: устрещающий характер изображения имело в 13,6% и не встречалось у женщин; нейтральный характер в 23,8% у мужчин и 50% у женщин; не являлось устрещающим у 54,6% мужчин и 50% женщин. Обращают на себя внимание агрессивные тенденции в рисунках, которые часто сочетаются со страхом, что соответствует результатам теста агрессивности.

Выводы. У пациентов с диагнозом шизофрения планового стационарного отделения психиатрической больницы выявлен средний уровень агрессивного поведения с тенденцией к высокому в 91% у мужчин и в 90% у женщин, из форм агрессии у мужчин преобладает высокий уровень самоагрессии и средний уровень предметной агрессии, у женщин преобладает самоагрессия, а также физическая и эмоциональная агрессия средней степени выраженности. Полученные данные необходимо учитывать при общении с пациентом, и применять поведенческие приемы снятия напряжения у больных, что приведет к более продуктивному контакту и будет способствовать комплаенсу.

Коморбидность шизофрении и акушерско-гинекологических нарушений: анализ причинно-следственных взаимоотношений

Тюканько О.И., Кайшева Я.О., Жилиева Т.В., Горячева Е.Е.

Нижегородская государственная медицинская академия

Актуальность. Несмотря на значительное число исследований, до настоящего времени остается много противоречивого во взаимном влиянии шизофрении и соматических заболеваний (Тюркина Т.А., 2011). Так, согласно Вартанян М.Е., Трубникову В.И., в семьях больных шизофренией снижена рождаемость, что объясняется авторами длительным пребыванием больных в стационаре и отрывом от семьи, большим числом разводов, спонтанных аборт и другими факторами, ассоциированными с заболеванием и антипсихотическим лечением. Вместе с тем, накоплено много сведений о том, что репродуктивные проблемы матерей пациентов могут быть важным фактором риска развития заболевания у потомства (Brown A.S., Susser E.S. и другие). Если это так, то матери больных шизофренией, могут иметь латентные или явные нарушения репродуктивной функции, которые могут быть унаследованы пациентами и влиять на рождаемость в семье самого больного. Таким образом, снижение ре-

продуктивной функции в семьях больных может быть не последствием шизофрении и ее лечения, а патогенетически связанным с шизофренией фактором, изначально имеющимся в семье пациента независимо от психического состояния больного.

Целью данной работы является оценка репродуктивной функции у пациенток с шизофренией и их матерей для выяснения патогенетических взаимоотношений шизофрении и акушерско-гинекологической патологии. Материалы и методы. В работе использован клинический опросник, касавшийся акушерско-гинекологического анамнеза пациенток с шизофренией и их матерей. Было опрошено 65 больных шизофренией, контрольную группу составили 65 пациенток соматического стационара.

Результаты и обсуждение. Наиболее значимые различия между основной и контрольной группой получены по следующим признакам: у матерей пациенток основной группы достоверно чаще, чем в контроле беременность протекала патологически ($p < 0,001$), родоразрешение происходило раньше срока ($p < 0,01$), наблюдались спонтанные аборт ($p < 0,001$), мертворождения ($p < 0,05$). При этом у самих пациенток по этим признакам достоверных различий с контрольной группой получено не было. Отмечалось лишь превышение по частоте родов после срока ($p < 0,05$).

Выводы. На основании полученных результатов можно сделать выводы о том, что акушерско-гинекологические проблемы в семьях больных шизофренией являются не только и не столько следствием психического расстройства и его лечения, сколько унаследованной от матерей патологией. Более того, можно предположить, что акушерская патология матери имеет отношение к неправильной закладке и развитию мозга в пренатальном периоде развития пациента и подтверждает дизонтогенетическую гипотезу этиопатогенеза шизофрении.

Клинические особенности сенестопатически-ипохондрического симптомокомплекса у больных шизофренией

Федулаев С.Ю.

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

Сегодня сенестопатически-ипохондрический синдром (СИС) пред-

ставляет собой одну из актуальных проблем психиатрии благодаря своему широкому распространению в медицинской практике и низкому уровню диагностики. Цель исследования заключалась в изучении клинической картины СИС. Для этого клинико-психопатологическим и клинико-ка-тамнестическим методами обследованы 49 больных шизофренией, проходивших лечение в Психиатрической клинической больнице №1 им. Н.А. Алексеева. Критерием включения в исследование было доминирование в клинической картине СИС. Согласно критериям МКБ-10 у изученных больных была диагностирована шизофрения параноидная F20.0 (38,8%), шизофрения псевдоневротическая F21.3 (32,6%), шизофрения психопато-подобная F21.4 (6,1%), шизоаффективное расстройство, депрессивный тип F25.1 (14,3%), шизоаффективное расстройство, смешанный тип F25.2 (8,2%).

Результаты и обсуждение. В результате исследования удалось вы-делить следующие варианты СИС. Простой СИС (38,2%): характерны эпизодические алгические и парастетические сенестопатии с неустой-чивой локализацией, а также нестойкие нозофобии и сверхценные ипо-хондрические идеи (ИИ). СИС сопровождается негрубыми нарушениями пищевого поведения, приемом соматических медикаментов, защитными ритуальными действиями и упражнениями. Простой СИС характерен для псевдоневротической шизофрении, в особенности на фоне послеродовой депрессии и менопаузы. Синдром дефектной ипохондрии (15,8%): харак-терны стойкие, длительные галлюцинаторноподобные сенестопатии, с четкой локализацией и органотопичностью, а также навязчивые и сверх-ценные ИИ. Такие пациенты избегают любой физической и умственной нагрузки, стремятся щадить здоровье. Данный синдром наблюдается при параноидной шизофрении, с выраженными изменениями личности. Параноидный СИС (25,4%): характерны приступообразные яркие, четко локализованные галлюцинаторноподобные органотопичные сенестопатии, проявляющиеся как сенсорные автоматизмы, а также бредовые ИИ. Отмечаются поведенческие расстройства, как типичные для параноидного синдрома, так и отказы от пищи, разовые приемы больших доз лекарств. Данный синдром встречается в рамках параноидной шизофрении. Паранойяльный СИС (17,9%): характерны эпизодические, бредоподобные, полиморфные сенестопатии, а также ИИ в виде интерпретативного бреда. Такие больные создают стойкие системы для лечения мнимого заболева-ния (диеты, упражнения), длительно принимают медицинские препараты. Часто они пытаются популяризировать свои «методы оздоровления». Данный синдром наблюдается при шизоаффективном расстройстве.

Выводы. Таким образом, наиболее распространен простой СИС, одна-

ко по влиянию на поведение наиболее неблагоприятными представляются паранойяльный и параноидный варианты СИС. Выделение клинических вариантов СИС позволяет в определенной степени прогнозировать его течение и особенности патологического поведения больных.

Клинико-динамические характеристики нейрокогнитивных нарушений у больных параноидной шизофренией

Ханнанова А.Н.

*Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова*

Актуальность. Улучшение нейрокогнитивных функций является одним из ключевых факторов качества ремиссий при шизофрении. Выводы из многочисленных сравнительных исследований по влиянию типичных нейролептиков (ТН) и атипичных нейролептиков (АН) на нейрокогнитивные функции, проведенных как у нас, так и за рубежом, с учетом поправки на методологию их проведения не могут быть окончательными.

Целью исследования было изучение динамики нейрокогнитивных нарушений в процессе психофармакотерапии у больных с параноидной шизофренией. В задачи исследования входило изучение динамики выраженности различных кластеров нейрокогнитивных расстройств при психофармакотерапии различными группами антипсихотиков во время становлении ремиссии и в период ремиссии у больных шизофренией. Материалы и методы. В соответствии с поставленными целями и задачами был обследован 121 больной с манифестным приступом параноидной шизофрении, получавших терапии ТН и АН. С помощью специальных обследований ежемесячно оценивалась беглость речи, тест на слухоречевую память, зрительная память, исполнительская функция и внимание. Клинический и статистический анализ обнаружили неоднородность внутри терапевтических групп и позволили выделить внутри каждой две подгруппы, отличающиеся по типу течения заболевания: с благоприятным (БТ) и неблагоприятным типом (НТ) течения приступа. По клинико-демографическим характеристикам подгруппы были сопоставимы между собой.

Результаты и обсуждение. Показатели зрительной и слухоречевой памяти после наступления ремиссии улучшались лишь незначитель-

но, тогда как для функций беглости речи, внимания и исполнительской функции положительная динамика во всех терапевтических подгруппах наблюдалась в течение полутора лет. При сравнении эффективности двух групп нейролептиков было показано, что до наступления клинической ремиссии наблюдается превосходство АН по влиянию на отдельный показатель беглость речи, исполнительскую функцию и внимание. После наступления ремиссии и снижения доз нейролептиков основную роль играл тип течения приступа. Через 12 месяцев после наступления ремиссии для большинства параметров исполнительской функции и функции внимания статистически лучшие показатели были зарегистрированы в подгруппах с БТ приступа вне зависимости от терапии. Достоверно лучшие результаты при терапии АН после выхода в ремиссию были показаны при выполнении буквенной части теста на вербальную продуктивность. Однако значимость подобного улучшения остается спорной, так как по данным литературы, данный параметр не оказывает существенного влияния на качество жизни больных.

Выводы. Меньший седативный эффект обеспечивал лучшее выполнение нейрокогнитивных тестов у больных на начальных этапах терапии, что особенно заметно для подгрупп с благоприятным течением приступа. Однако после наступления ремиссии и снижения дозировок как типичных, так и атипичных нейролептиков до поддерживающих, различия в фармакологических подгруппах сглаживались и основную роль играл тип течения приступа.

Изучение эффективности немедикаментозного способа лечения послеродовой депрессии

Худикова А.Н.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет*

Актуальность исследования определяется, широкой распространенностью послеродовых депрессивных расстройств у женщин (10-15%) и отсутствием общепризнанных способов лечения. Учеными показано, что послеродовые депрессии значительно варьируют по степени тяжести от легких, пограничных случаев до клинически выраженных синдромов, требующих специфической терапии. Традиционно используемые психофармакологические средства в данном случае противопоказаны, поскольку большинство женщин кормят детей грудью, что дает основание для

использования немедикаментозных способов. Светотерапия – процедура облучения пациентов с помощью светодиодных ламп. Механизм лечебного воздействия света опосредован его влиянием на секрецию серотонина. Метод светотерапии зарекомендовал себя как признанный способ лечения сезонного аффективного расстройства, а также некоторых симптомов нарушений репродуктивного цикла женщин.

Целью исследования явилось изучение эффективности влияния светотерапии на интенсивность клинических проявлений послеродовых депрессивных расстройств. Задачи исследования: изучение выраженности клинических проявлений послеродовой депрессии с помощью рейтинговой шкалы, оценка эффективности влияния светотерапии на аффективную симптоматику. Объектом исследования стали 27 женщин, проходившие вместе со своими детьми лечение на отделении патологии новорожденных. Из них 14 пациенток были с умеренными и выраженными проявлениями послеродовой депрессии (основная группа) и 13 с легкими или минимальными ее проявлениями (группа сравнения). Все пациентки прошли светотерапию зеленым спектром. Методы исследования: клинико-психопатологический, Эдинбургская шкала постнатальной депрессии.

Результаты. В случае легкой послеродовой депрессии на первом плане были нарушения сна, снижение аппетита, ангедония, легкие дистимические и/или тревожные симптомы. Среднетяжелая депрессия проявлялась в основном тревожным напряжением, беспокойством за здоровье и будущее ребенка, идеями несостоятельности себя «как матери».

Средний балл по Эдинбургской шкале в основной группе ($16,43 \pm 4,274$) был достоверно выше (по U-критерию Манна-Уитни), чем в группе сравнения ($4,31 \pm 2,359$). Все пациентки наблюдались в динамике 2 недели-1,5 месяца. Курс светотерапии составил 5-15 сеансов. Клинико-динамическое наблюдение показало, что наибольшие изменения к концу курса светотерапии были отмечены у пациенток со среднетяжелой депрессией. Средний балл по Эдинбургской шкале у большинства пациенток уменьшился на $1/3-1/2$. Чаще всего уменьшились такие симптомы, как дистимия, ангедония, нарушения сна. Более стойкими оказались идеаторные симптомы (тревожные мысли о будущем ребенка), в происхождении которых, помимо аффективных механизмов, играют роль «реактивные» причины (лечение ребенка в отделении патологии новорожденных). В группе сравнения отмечалась незначительная динамика симптомов.

Выводы: таким образом, применение светотерапии способно снизить интенсивность клинических проявлений среднетяжелой послеродовой депрессии.

Актуальность и эффективность комплексных реабилитационных мероприятий проводимых с больными шизофренией, с длительным сроком госпитализации

Черкасов А.А.

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность. Как неотъемлемая часть оказания комплексной помощи пациентам, реабилитация имеет существенное значение в лечении и возвращения его в социальную среду, семью. Благодаря проводимой ежеквартальной оценке качества психиатрической помощи, результативность реабилитационных мероприятий проводимых с больными шизофренией, с установленным диагнозом менее 3 лет, соответствует желаемому результату. В отдельную же группу можно выделить пациентов с большой длительностью заболевания и госпитализации.

Целью и задачами настоящей работы являются изучение эффективности, подтверждение актуальности проводимых комплексных реабилитационных мероприятий с больными шизофренией, с длительным сроком госпитализации. Материалы и методы: для анализа проводимых реабилитационных мероприятий были отобраны 32 пациента со средним и высоким реабилитационным потенциалом. В данной группе проводился полный комплекс реабилитационных мероприятий, а именно психообразование, тренинги социальных навыков в зависимости от исходно реабилитационного потенциала, досуготерапия, трудотерапия, индивидуальная психокоррекция, занятия по адаптивной физической культуре.

Результаты и обсуждение. В результате разбора проведенной работы усвоение тренингов составило: 75% пациентов усвоили материал занятий, 15,5% усвоили частично, и только 9,5% не усвоили материал. Суммарная эффективность психообразовательной программы составила 78%, удовлетворительные результаты показали 9,5% пациентов, 12,5% без ожидаемого положительно результата. При активном применении метода досуготерапии отмечается положительный эффект на такие сферы, как эмоциональная стабилизация состояния пациента, стимуляция волевых побуждений. Положительная динамика в клинической картине отмечается у 84,5% пациентов, относительно положительный эффект у 6%, и без ожидаемого эффекта 9,5%. В комплексной реабилитации больных, отдельную и очень важную роль играет трудотерапия, актуальность данного метода обусловлена не только социальной полезностью труда пациента, но и развитием волевой сферы, привитию навыков дисциплинирован-

ности и ответственности, осознание пациентом, что его деятельность значима и может приносить пользу семье и обществу. Эффективность метода очевидна.

Выводы. Эффективность применяемых методик имеет объективный положительный результат, с учетом клинических особенностей, нарастающим дефектом, непрерывно прогрессивным типом течения заболевания и так далее. Лечение данной категории больных должно проводиться комплексно с применением адекватной, современной психофармакотерапии и индивидуальной психосоциальной реабилитационной программой. В работе были учтены результаты комплексного лечения. Данный анализ проведенной работы показывает актуальность и эффективность комплексных реабилитационных мероприятий, проводимых с больными, с длительным сроком госпитализации, хронических психических больных шизофренией.

Нарушение сна у женщин с шизофренией

Четверикова С.Н., Ландышев М.А.

*Рязанская областная клиническая психиатрическая
больница им. Н.Н. Баженова*

По данным литературы, первые признаки расстройства сна у пациентов с шизофренией проявляются частыми пробуждениями в течение ночи. По мере выхода из психоза сон постепенно нормализуется. Однако полностью не восстанавливается, ни по объективным показателям, ни по субъективным данным. Диагностически значимым является сокращение 4 фазы сна. Применение транквилизаторов при лечении психозов является предметом обсуждения в плане их «чрезмерно широкого применения, ошибочного назначения и злоупотребления». В связи с этим актуальной представляется проблема своевременного выявления и коррекции нарушений сна у больных с шизофренией.

Целью исследования являлся анализ нарушений сна и его коррекция у женщин с шизофренией в остром периоде заболевания. Материалы и методы: под наблюдением находились 30 пациенток с диагнозом: шизофрения (МКБ-10). Средний возраст – $47,76 \pm 10,92$ года. Давность заболевания – $23,48 \pm 13,29$ лет. Инвалидность установлена 90% пациенток. Для оценки нарушений сна и эффективности терапии применялся вопросник Шпигеля (на 1 и 14 дни лечения), психопатологические проявления оценивались с помощью PANSS. Проводилась также регистрация наличия

побочных эффектов. В утреннее и дневное время пациентки принимали нейролептики или комбинацию нейролептик+антидепрессант в средних и высоких терапевтических дозах.

Результаты исследования и обсуждение. У 27 пациенток (90%) обнаружены инсомнические нарушения – у 60% интрасомнические и у 30% пресомнические. В целом в изученной группе отмечено значительное ослабление инсомнических нарушений: значительное улучшение (полная редукция) – 18,5%, улучшение – 59,2%, незначительное улучшение – 14,8%, отсутствие эффекта – 7,4%. У 60% больных отмечено снижение суммарного балла по шкале PANSS на 20% и более. Выделены 4 схемы лечения: В 1 день: 1 группа. Нейролептики – 46,6% случаев. 2 группа. Транквилизаторы – 16,7%. 3 группа. Нейролептик+транквилизатор – 16,7% случаев. 4 группа. Нейролептик+ антидепрессант – 20%. На 14 день: 1 группа. Нейролептики – 63,6% случаев. 2 группа не применялась. 3 группа. Нейролептик+транквилизатор – 3,3% случаев. 4 группа. Нейролептик+антидепрессант – 33,3% случаев.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что среди инсомнических нарушений доминировали интрасомнические. Как основная схема лечения – применение седативных нейролептиков, комбинация их с антидепрессантами, транквилизаторы использовались только на ранних этапах лечения. При оценке безопасности серьезных побочных явлений выявлено не было.

Выводы. Применение нейролептиков и их комбинация с антидепрессантами является эффективным для купирования инсомнических расстройств у женщин с шизофренией. Использование транквилизаторов обусловлено их анксиолитическим эффектом, способностью уменьшать побочные действия нейролептиков. Назначение транквилизаторов ограничено развитием толерантности и формированием лекарственной зависимости.

Клинико-динамическая характеристика больных с тревожно-фобическими расстройствами, помещенных в общепсихиатрический стационар, и мотивы их госпитализации

Чугунов Д.А.

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

Актуальность: изучение тревожно-фобических расстройств остается актуальным. Причиной этому служит высокая распространенность данной группы расстройств в общей популяции (Незнанов, Александровский, 2009), и в структуре психической патологии (Regier D., 1998; Смулевич, 1999). Остается актуальным негативное влияние тревоги и фобий на социальную адаптацию (Бобров, 1997; Davidson, 1993). Тревожно-фобические расстройства, приводящие к госпитализации в общепсихиатрический стационар, плохо изучены.

Цели и задачи: 1) клиническая характеристика и выделение вариантов тревожно-фобических расстройств, ведущих к госпитализации в общепсихиатрический стационар; 2) изучение динамики тревожно-фобических расстройств; 3) мотивы для госпитализации пациентов в общепсихиатрические отделения, в том числе недобровольной; 4) оценка социально-дезадаптирующего влияния тревожно-фобических расстройств. Материалы и методы. Включены 72 пациента. Мужчин – 31, женщин – 41, средний возраст – $36 \pm 12,4$ лет. Пациенты находились на лечении в психиатрической клинической больнице №1 г. Москвы с 2008 по 2011 гг. Длительность заболевания составляла $8,9 \pm 8,5$ лет. У больных отмечались шизофрения (52 больных – 72,2%) и невротические состояния (20 больных – 27,8%). Возраст обследованных был 18-60 лет. Использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и клинико-статистический методы. Длительность катамнестического наблюдения – от 1 до 4 лет, катамнестически обследованы 47 больных (65,2%). Результаты и обсуждение. Пациенты были разделены на 8 групп: 1) агорафобия (10 больных – 13,9%); 2) панические атаки (9 больных – 12,5%) 3) социофобия (5 больных – 6,9%); 4) нозофобии (14 больных – 19,4%); 5) специфические фобии (5 больных – 6,9%); 6) генерализованное тревожное расстройство (12 больных – 16,7%); 7) диспсихофобия (9 больных – 12,5%); 8) контрастные фобии (8 больных – 11,1%). К госпитализации в общепсихиатрические отделения ввели: 1) субпсихотические переживания; 2) множественность фобий; 3) коморбидные расстройства; 4) рентные уста-

новки; 5) панагорафобия; 6) гомицидо-, суицидофобии. Часть больных (9 больных – 12,5%) госпитализирована недобровольно. Гомицидо- и суицидофобия оценивались как опасность для себя или окружающих. Фобические расстройства имели рекуррентное течение, реже встречался непрерывный вариант. Имелась тенденция к прогрессированию. Отмечалась глубокая социальная дезадаптация. Лишь 18 больных (25%) были в браке, 17 (23,6%) – работали, другие либо имели группу инвалидности по психическому заболеванию (25 больных – 34,7%), либо были фактически инвалидизированы (30 больных – 41,7%). Причиной служило негативное отношение больных к факту инвалидности.

Выводы. 1) было выделено 8 вариантов тревожных и фобических расстройств, отличавшихся множественностью, интенсивностью, высокой степенью избегания; 2) отмечались рекуррентный и непрерывный варианты динамики; 3) основными мотивами госпитализации служили субпсихотические переживания; 4) тревога и фобии вели к глубокой социальной дезадаптации.

Социально-психическое функционирование у больных неманифестной приступообразной шизофренией с биполярными аффективными расстройствами

Чуюрова О.Н.

Иркутский психоневрологический диспансер

Цель исследования – оценка социально-психического функционирования больных неманифестной приступообразной шизофренией с биполярными аффективными расстройствами на доманифестном и активном этапе течения болезни.

Материалы и методы. Изучена группа больных неманифестной приступообразной шизофренией (НПШ) с биполярными аффективными расстройствами в количестве 30 человек: мужчин – 17 (57,6%), женщин – 13 (43,3%). Средний возраст манифеста заболевания составил $19,0 \pm 1,1$ лет; средняя длительность активного течения заболевания к моменту настоящего исследования была равна $8,9 \pm 0,9$ лет. Выборка пациентов разделена по критерию отсутствия/наличия смешанной симптоматики (смешанная депрессия) на активном этапе на 2 клинические подгруппы: НПШ с биполярными расстройствами и отсутствием смешанной депрессии в структуре

актуального приступа ($n=13$; 43,3%), НПСШ с наличием смешанной депрессии в структуре актуального приступа ($n=17$; 56,7%). Использовались клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический методы исследования. Статистическая обработка выполнена с использованием пакета программ STATISTICA 6.1. Оценка социально-психического функционирования (СПФ) проводилась с помощью карты СПФ (Степанов И.Л., 2004) в разных сферах: профессиональной, бытовой, самообслуживании, межличностных обязанностей, общения, интересов, сексуальной сферы. Нарушения СПФ регистрировали и оценивали по 4-балльной шкале (от 0 до 3).

Результаты и обсуждения. На доманифестном этапе НПСШ во всей выборке дезадаптирующими оказались следующие сферы: общения, сексуальная, профессиональная, в наименьшей степени изменения коснулись сфер самообслуживания, быта, межличностных обязанностей и интересов. На активном этапе заболевания у всей выборки произошли существенные нарушения в 7 сферах СПФ. В наибольшей степени болезненное состояние сказывалось на сексуальной сфере, сфере общения, интересов, профессиональной реализации ($p<0,05$). В подгруппе НПСШ на этапе актуальной смешанной депрессии достоверно чаще отмечались нарушения в сфере интересов, чем в подгруппе пациентов без смешанной аффективной симптоматики ($p<0,05$). В сфере межличностных обязанностей пациенты первой подгруппы достоверно чаще были отзывчивы в оказании помощи в быту в отличие от второй подгруппы ($p<0,05$). Выявлена отрицательная корреляционная связь между полом пациентов НПСШ с биполярными расстройствами и показателями в сфере «общения» ($R=-0,4$, $p=0,008$); преморбидный демонстративный радикал находился в умеренной корреляции с показателями по шкале «общения» ($R=-0,41$, $p=0,007$). Возраст манифеста заболевания находился в умеренной корреляционной связи с показателями в сфере «общения» ($R=-0,4$, $p=0,009$).

Таким образом, социальное функционирование у больных НПСШ с биполярными расстройствами нарушается на доманифестном этапе заболевания и усугубляется в процессе активного течения с возможностью выделения наиболее неблагоприятных сфер жизнедеятельности.

Судебная психолого-психиатрическая экспертиза родителей, страдающих шизотипическим расстройством

Шишкина О.А.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

В соответствии со ст. 73 СК РФ, ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей не зависящим, (в том числе, вследствие имеющегося у родителя психического расстройства). При ряде психических расстройств родители могут представлять для детей непосредственную опасность. В других случаях проживание (общение) ребенка со страдающим психическим расстройством родителем может причинить вред его психическому состоянию и развитию (Харитоновна Н.К., Русаковская О.А., Никишкин Д.В., 2011). Одной из актуальных проблем судебной психиатрии является оценка возможной опасности для ребенка вследствие его проживания (общения) с родителем, страдающим шизотипическим расстройством.

Целью исследования является анализ способности осуществлять родительские обязанности лицами, страдающими шизотипическим расстройством. Материалом исследования были четверо отцов, которым клинический диагноз был установлен комиссией экспертов ГНЦССП им. В.П. Сербского в ходе комплексной психолого-психиатрической экспертизы по искам об ограничении их родительских прав, встречным искам об определении порядка общения с ребенком.

Результаты. У всех четырех подэкспертных выявлялись характерные для заболевания эмоционально-волевые, личностные особенности, особенности мышления в виде искажения смыслового восприятия, трудности понимания мотивов поведения окружающих. Они обнаруживали позитивное, эмоционально-теплое отношение и огромное желание общаться с ребенком, выполнять родительские обязанности. В трех случаях отношение к ним ребенка характеризовалось привязанностью, их взаимодействие было продуктивным, позитивно эмоционально окрашенным. Были вынесены заключения, что подэкспертные, по своему психическому состоянию, опасности для ребенка не представляют, общение с ними не нанесет вред психическому здоровью несовершеннолетних. В одном случае был выявлен риск причинения подэкспертным вреда психическому состоянию ребенка при общении без присутствия третьих лиц. Его ше-

стилетняя дочь обнаруживала аутистические черты, не видела отца на протяжении 4 лет; подэкспертный обнаруживал недостаточный учет ее состояния и индивидуально-психологических особенностей; его планы, касающиеся общения с ребенком, носили вычурный характер. В связи с тем, что опасности для ребенка он также не представлял, был дан ответ, что общение отца с дочерью возможно на базе специализированных центров в присутствии специалистов-психологов.

Таким образом, при шизотипическом расстройстве необходим комплексный анализ различных факторов: клиничко-психопатологических, клиничко-психологических, социально-психологических. В большинстве случаев такие родители опасности для ребенка не представляют, могут выполнять родительские обязанности. При наличии высокой вероятности причинения вреда психическому состоянию и развитию несовершеннолетнего приоритетным является предоставление возможности общения родителя с ребенком в сопровождении специалистов.

Влияние гормонального статуса на риски развития метаболического синдрома у пациентов с аффективными расстройствами

Шманева Т.М.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Актуальность изучения обменных нарушений при аффективных расстройствах связана с их широкой распространенностью. Метаболический синдром (МС) среди людей, страдающих депрессией, регистрируется существенно выше, чем в общей популяции (36% против 13-15%). Большинство публикаций на тему коморбидности МС и депрессии касается западноевропейской и американской популяции, тогда как его развитие существенно зависит от культуральных особенностей и пищевых предпочтений. Анализ доступных публикаций позволяет предположить, что частое сочетание депрессии с компонентами МС не случайность, обусловленная высокой распространенностью двух медицинских проблем, а имеет биологическую основу, где предполагается роль гормонов ГГН-, ГГТ- и ГПП-осей (Краснов В.Н., 1987; Wolkowitz O.M., 2001).

Цель: выявление факторов, влияющих на риск развития МС у пациентов с аффективными расстройствами. Задачи: изучить частоту встре-

чаемости и особенности МС у пациентов с аффективными нарушениями, оценить влияние клинических особенностей течения заболевания на риск развития МС, выявить динамику гормональных показателей, способствующих формированию МС. Материал и методы: обследовано 89 пациентов (мужчин – 34%, женщин – 66%) с аффективными расстройствами, согласно диагностическим критериям МКБ-10. Рекуррентное депрессивное расстройство диагностировано у 52% больных, биполярное аффективное расстройство – у 44%, депрессивный эпизод – у 4%. МС регистрировался согласно критериям Международной Диабетической Федерации (Alberti K.G. et al., 2005). Оценка проводилась при включении в исследование и через 6 недель терапии. Использовались клинико-анамнестический, антропометрический, лабораторный, клинико-статистический методы. Результаты и выводы. В изучаемой выборке МС был зарегистрирован у 45% пациентов с аффективными расстройствами. К окончанию терапии у 58% были выявлены проявления МС. Риск развития МС был выше у больных старше 40 лет ($p > 0,05$). В процессе купирующей терапии рост числа больных с МС происходил в большей степени у женщин старше 40 лет ($p > 0,05$). Увеличение пациентов с МС в процессе терапии происходило за счет нарастания показателей абдоминального ожирения и снижения ЛПВП ($p > 0,05$). В процессе лечения у пациентов с МС регистрировалось снижение функции тиреоидной системы (увеличение ТТГ без существенного изменения уровня периферических гормонов). На риски развития МС оказывали влияние клинические показатели, характеризующие течение аффективного расстройства: у пациентов с биполярным расстройством МС развивался в более молодом возрасте: $41,7 \pm 11,4$ лет против $50,6 \pm 9,7$ лет при рекуррентном течении ($p > 0,05$), наибольшая уязвимость в формировании МС наблюдалась при атипичной депрессии ($p > 0,05$).

Полученные данные позволили выделить пациентов, составляющих группу риска по развитию МС. Выделены предикторы развития МС, которые должны учитываться при составлении терапевтических программ с учетом мониторинга лабораторных показателей в процессе лечения у пациентов с аффективными расстройствами.

Особенности Default mode network у пациентов лево-височной эпилепсией с сопутствующими непсихотическими аффективными нарушениями

Шмелева Л.М.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. Аффективные нарушения часто сопутствуют височной эпилепсии, особенно при левостороннем фокусе нарушения биоэлектрической активности (БЭА). С развитием современных методов диагностики, все чаще звучат теории, сутью которых являются попытки объяснить нарушения психической деятельности изменениями работы и функционального взаимодействия нейронных сетей. Всего сейчас описано порядка 10 нейронных сетей для состояния покоя (RestingState Networks) и их исследование продолжается. Одной из них является default mode network (DMN), нейронная «сеть по умолчанию». Отличительная особенность DMN – уменьшение активности при любой внешней или внутренней активации (стимуляции, моторном действии, ментальной нагрузке). Ряд исследований подтверждают нарушения функционирования DMN при наличии аффективных расстройств. Анатомически DMN определяется в височной доле, медиальных префронтальных и задних поясных отделах коры, в медиальной, латеральной и нижней париетальной коре.

Цель: изучение особенностей функциональной связности внутри DMN у пациентов с лево-височной эпилепсией и сопутствующими тревожно-депрессивными нарушениями.

Обследовано 28 пациентов с диагнозом височная эпилепсия и фокусом очага БЭА (по ЭЭГ) слева. Критерием исключения было наличие значимых органических повреждений головного мозга (в том числе медиобазального склероза или атрофии). Психопатологическая оценка проводилась психиатром с использованием клинических шкал и самоопросников: шкала депрессии Бэка (BDI), госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS), шкала оценки симптомов тревоги Гамильтона (HAM-A), шкала оценки симптомов депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS). Нейровизуализационное обследование: стандартная МРТ, функциональная МРТ в режиме «рест» (resting-state fMRI). DMN определялась методом анализа независимых компонент. Все данные были получены и обработаны с помощью статистического пакета SPM8 и приложения “GIFT”.

Результаты. Были сформированы две группы: пациенты с текущими

на момент осмотра аффективными нарушениями и без таковых. В группе пациентов с аффективными нарушениями в целом определялся средний уровень тревоги и депрессии. В обеих группах была выделена DMN, активность функциональной связности которой была более выражена в группе пациентов без аффективных нарушений. Усиление функциональной связности было локализовано в дорсолатеральной префронтальной коре слева, правом гиппокампе, задней височной коре билатерально, больше справа.

Выводы: 1. Увеличение функциональной связности наблюдалось в группе пациентов без сопутствующих аффективных нарушений. 2. Аффективные нарушения могут оказывать влияние на работу DMN. 3. Снижение функциональной активности в группе пациентов с аффективными нарушениями, может играть роль в развитии этих нарушений. С другой стороны, полученные различия в группе пациентов без аффективных нарушений, могут быть отражением компенсаторных изменений. Для дальнейшего анализа необходимо проведение сравнения с контрольной группой здоровых испытуемых.

Проблема повторных госпитализаций в психиатрический стационар

Шутова Е.А., Багаутдинов М.Р.

*Республиканская клиническая психиатрическая
больница, Ижевск*

Актуальность. Несмотря на свойственные для современной медицины смещение акцента на развитие амбулаторного звена, сокращение коечного фонда и превращение психиатрических больниц в центры психосоциальной реабилитации, преобладающей формой оказания психиатрической помощи по-прежнему является стационарная. Проблема регоспитализаций и рецидивов остается актуальной.

Цель исследования – выявление проблемы повторных госпитализаций в РКПБ г. Ижевска, поиск причин и путей решения данной проблемы. Основные задачи: проведение анализа уровня и структуры госпитализаций в РКПБ в период с 2009 по 2012 гг.; сравнение с общероссийскими показателями; анализ причин регоспитализаций; разработка способов снижения уровня повторных поступлений на стационарном и амбулаторном этапах. Материалы и методы: ретроспективный эпидемиологический метод, анализ статистических данных, отчетных форм.

Результаты и обсуждение. Статистические данные указывают на тот факт, что показатель регоспитализаций в клинике стабилен, в большинстве отделений сохраняется высокий его уровень. Исходя из рекомендаций Федеральной целевой программы, допустимые цифры представлены лишь в 3 (специализированных) отделениях из 10. Основная же масса госпитализируется в общепсихотические подразделения, эти пациенты страдают тяжелыми психическими расстройствами, что предполагает грубую дезинтеграцию психики и отсутствие критичного отношения к имеющемуся заболеванию. Это часто ведет к несоблюдению пациентом режима и схемы лечения после выписки из стационара, что, в свою очередь, является одной из основных причин повторных поступлений в стационар. Согласно статистическим данным на примере 4 (мужского психотического) отделения РКПБ, максимальное число повторных поступлений наблюдается у больных шизофренией (61%), что соотносимо со сведениями, полученными при стоимостном анализе бремени шизофрении в России. Сложившаяся ситуация послужила катализатором для предложения практических рекомендаций по улучшению стационарной и амбулаторной помощи пациентам с психическими расстройствами, направленных на снижение числа регоспитализаций.

Выводы. В большинстве отделений РКПБ г. Ижевска выявлен стабильно высокий уровень повторных поступлений, что требует разработки плана мероприятий для профилактики регоспитализаций. В работе рекомендовано увеличение средней длительности пребывания пациента в стационаре с целью достижения более стойкой и качественной ремиссии; активизация работы с интенсивными пользователями психиатрической службы на амбулаторном этапе, своевременная коррекция терапии, профилактика госпитализма; внедрение полипрофессиональной (бригадной) формы оказания психиатрической помощи в поликлинике и стационаре; активное использование полустационарных форм помощи: практика по типу дневного стационара, предоставление кратковременных и длительных лечебных отпусков; разработка и внедрение психообразовательных программ с целью повышения комплаенса, активное участие в реабилитации психически больных.

Биологические маркеры психических расстройств

Ягода С.А.

Ставропольская государственная медицинская академия

Исследование биологических маркеров психических расстройств

(шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия, деменция, невротические расстройства и др.) является одним из актуальных научных фронтов современной психиатрии и клинических нейронаук. В качестве биомаркера может выступать ген, последовательность генов, белок или другая макромолекула, морфологические, метаболические, лабораторные и психофизиологические характеристики. Изучение генетической архитектуры шизофрении подтвердило ее комплексный полигенный характер и привело к развитию концепции эндофенотипов. Под эндофенотипом понимают измеримый, наследуемый, имеющий доказанную связь, но не зависящий от клинической стадии заболевания фенотипический признак, выявляемый у больного, его здоровых родственников, сохраняющийся в поколении параллельно с заболеванием и занимающий промежуточное положение между клиническими симптомами и генетическими аномалиями. Примером хорошо изученного эндофенотипа шизофрении являются аномалии плавных (следящих) движений глазных яблок: 40-80% пациентов и 25-40% родственников первой линии родства обнаруживают нарушение плавности взора при слежении за объектом с появлением корректурных саккад. В норме подобный эффект встречается у 10% популяции. Уплотнение кожной ниациновой реакции (отека и гиперемии кожи в ответ на системное или местное введение никотиновой кислоты) у пациентов с шизофренией, а также у их интактных родственников встречается в 49-90% случаев (8-23% в здоровой популяции), что связывается с нарушением обмена арахидоновой кислоты. Анализ вызванного ЭЭГ-потенциала P300 у пациентов с шизофренией и БАР выявляет снижение амплитуды и увеличение латентности волны, что приравнивается к дефициту внимания и рабочей памяти. «Худшие» характеристики волны P300 регистрируются в группе пациентов с хронической, негативной шизофренией. В числе нейроанатомических аномалий выделяют расширение желудочков и субарахноидальных пространств, снижение объема серого вещества в таламусе и в префронтальной коре. О вовлеченности меж- и внутрислобковых взаимосвязей свидетельствует снижение общего объема мозолистого тела, более выраженное в переднем субрегионе, а также отсутствие возрастного увеличения переднего и заднего валика мозолистого тела, выявляемое у пациентов с шизофренией и их интактных родственников. «Деконструкция» полигенных психических расстройств путем эндофенотипирования и создание доступных методов качественной и количественной оценки способно дополнить клиническую диагностику и психофармакотерапию новым типом объективных биологических критериев.

Динамика непсихотических психических расстройств у детей и подростков, страдающих эпилепсией в процессе терапии леветирацетамом

Яковлева Ю.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Актуальность. Непсихотические психические нарушения отмечаются у детей и подростков страдающих резистентными формами эпилепсии, практически в 100% случаев. Многие авторы связывают эпилептические изменения личности исключительно с влиянием постоянно принимаемых лекарственных средств, в частности, барбитуратов (Темин П.А., Никанорова М.Ю., 1997; Усачева Е.Л., Полонская Н.Н., Яхно Н.Н., 1999; Vining E.P., Mellitis E.D., Dorsen M.M. et al., 1987).

Цель и задачи: изучение динамики когнитивных и эмоционально-волевых расстройств у детей и подростков, страдающих резистентными формами эпилепсии в процессе терапии леветирацетамом. Материалы и методы. Клинико-психопатологическим (с использованием CPRS) и статистическим методами обследовано 76 детей и подростков (45 мальчиков (59,2%), 31 девочка (40,8%)), в возрасте от 6 до 17 лет, с фокальными и генерализованными формами эпилепсии и сопутствующими непсихотическими психическими нарушениями. Средний возраст составлял $14,3 \pm 0,30$ лет, длительность заболевания – $9,1 \pm 0,45$ лет. Все дети были обследованы в динамике до начала терапии леветирацетамом и через год. Леветирацетам назначался в суточной дозе 20 мг/кг массы тела, с изменением дозы на 20 мг/кг массы тела каждые 2 недели до достижения рекомендуемой суточной дозы 60 мг/кг массы тела), как в монотерапии, так и в комбинациях.

Результаты и обсуждение. При использовании леветирацетама в течение года у 59 (77,8%) пациентов отмечалась редукция приступов: полная ремиссия простых и сложных парциальных приступов отмечалась у 12 (21%) пациентов, генерализованных приступов – у 5 (8%) пациентов, абсансов – у 2 (25%), миоклоний – у 2 (25%) пациентов, астатических – у 1 (20%) пациента. Уменьшение приступов на 50% отмечалось у 31 (54,4%) с простыми и сложными парциальными приступами, у 21 (33,9%) с генерализованными приступами, у 2 (25%) с абсансами, у 3 (50%) с миоклониями, у 2 (40%) с астатическими приступами. После года терапии леветирацетамом у 62 (81,6%) детей и подростков даже при отсутствии

клинической ремиссии приступов, отмечалось достоверное ($p < 0,01$) улучшение внимания, памяти, речи и двигательной активности, а также снижение напряженности, имелась тенденция к улучшению настроения, что способствовало социальной адаптации и повышению качества жизни пациентов, а также улучшало комплаентность терапии. На уровне тенденции сохранялись и временами усиливались проявления вербальной и физической агрессии, пациенты становились капризными, возбудимыми, легко аффектировались.

Выводы. Таким образом, результаты настоящего исследования подтверждают имеющиеся литературные данные о высокой эффективности леветирацетама не только как противосудорожного препарата, но и как препарата с хорошим ноотропным эффектом. Препарат также оказывает влияние на эмоционально-волевую сферу детей и подростков, снижая уровень напряжения, улучшая настроение, однако, иногда активизирующий эффект препарата влечет за собой усиление проявлений агрессии и аффективную неустойчивость.

Предикторы эффективности групповой когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексном лечении депрессивных расстройств в стационаре

Ялтонская А.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Актуальность исследования обусловлена возрастающей распространенностью депрессивных расстройств, поиском доказательных методов лечения и профилактики рецидивов, необходимостью выявления факторов, связанных с высокой эффективностью групповой когнитивно-поведенческой терапией (КПТ).

Цель исследования: выявить предикторы эффективности групповой КПТ в комплексном стационарном лечении депрессивных расстройств непсихотического уровня. Задачи исследования: разработка программы групповой КПТ; сравнительная оценка ее эффективности; выявление прогностических факторов, ассоциированных с высокой эффективностью ее применения. Материалы и методы. В исследование приняли участие 121 человек (52% мужчин, 48% женщин, средний возраст – $35,8 \pm 9,0$ лет), проходивших в период с 2010 по 2012 гг. лечение в СКБ № 8 им. З.П.

Соловьева «Клиника неврозов» по поводу депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств непсихотического уровня (F32, N = 45; F33, N = 40; F34.1, N = 6; F41.2, N = 60). Случайным образом пациенты были разделены на две подгруппы – основную, получавшую стандартную фармакотерапию (ФТ) и курс групповой КПТ, и контрольную, получавшую только стандартную ФТ. Разработанный курс групповой КПТ составлял 8 сессий, по 2,5 часа каждая. Общий срок лечения для всех пациентов составил 45 дней. Для оценки эффективности использовался клинико-психопатологический метод, а так же ряд психодиагностических инструментов (BDI, BAI, ATQ, DAS). Оценка тяжести состояния пациентов проводилась до начала лечения, после окончания лечения и через год. Клинико-психологические особенности пациентов измерялись шкалой восприятия социальной поддержки, опросником способов совладания со стрессом, шкалой мотивации к психотерапии.

Результаты. Как комбинированное, так и фармакологическое лечение было эффективным для снижения симптомов депрессии и тревоги по окончании лечения. Однако, через год уровень депрессии, тревоги, автоматических мыслей и дисфункциональных установок был статистически значимо ниже в основной группе ($p=0,003$, $p=0,004$, $p=0,004$, $p=0,001$, соответственно). Среди пациентов основной группы было статистически значимо больше респондеров ($\chi^2(2, N=104)=6,5$, $p=0,03$) и меньше число повторных госпитализаций в течение года ($\chi^2(1, N=70)=19,24$, $p=0,001$). Наиболее эффективным лечение было у пациентов с первичным депрессивным эпизодом и дистимией, менее эффективным – у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством. При анализе подгрупп, выделенных по принципу нозологической диагностики, максимально эффективным лечение оказалось у пациентов с депрессивным неврозом. Выявлены следующие предикторы эффективности – выраженная внутренняя мотивация к КПТ, низкий уровень восприятия социальной поддержки от друзей и семьи, высокий уровень тяжести депрессии до начала лечения.

Выводы. Групповая КПТ в комплексном лечении пациентов с депрессивными расстройствами более эффективна, чем только фармакотерапия, что так же подтверждается выявленными предикторами эффективности терапии.