

**СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ ТОМСКОЙ
ОБЛАСТИ**

**СИБИРСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХИАТРИИ
ТОМСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**

Развитие биопсихосоциального подхода в сфере охраны психического здоровья

Вып.1

**Под общей редакцией
заслуженного деятеля науки РФ,
профессора Н.А. Корнетова и
доктора медицинских наук А.П. Агаркова**

Томск-2005

Развитие биопсихосоциального подхода в сфере охраны психического здоровья Вып.1, 1995 /под ред. Н.А. Корнетова, А.П. Агаркова – 2005 с. Настоящий сборник является первым изданием, трех крупных организаций; Сибирского государственного медицинского университета, Томской клинической психиатрической больницы и Сибирской ассоциации интегративной антропологии. В дальнейшем предполагается ежегодные выпуски сборников, отражающих психиатрическую, клинко-психологическую и социальную работу в жизни людей, требующих этой помощи в Томской области, других регионах страны. Важно показывать как успехи, недостатки, так и этические проблемы в тактики ведения больных. Издание ежегодного сборника должен являться внешним показателем профессионального роста психиатров больницы, и специалистов работающих на стыке с ней. Во-вторых, участие и публикации в ежегодном издании будет ориентированно на непрерывный рост образования врачей психиатров, и учитываться при проведении сертификационного и тематического усовершенствований, а также получения врачебных категорий. Первое издание посвящено главной линии, которая являлась стержнем на протяжении многих лет – реабилитации психически больных. Теперь настал период партнерских отношений с пациентами и инновационных технологий в психиатрии, психотерапии, клинической психологии и социальной работе в области охраны психического здоровья

Поэтому в этом издании сделана попытка связать лучшие профессионально-исторические тенденции, в которых был заложен мультидисциплинарный и уважительный подход к больному. Кроме этого, много работ из других психиатрических больниц и кафедр психиатрии, психотерапии, психологии страны, посвящены разным аспектам распространенности, условий формирования клиники и терапии психических и поведенческих расстройств с учетом развивающегося биопсихосоциального подхода.

Редакция оставляет за собой право уточнять терминологию и актуальную значимость работ

Редакционная коллегия

д.м.н., профессор И.Р. Семин, врач высшей категории, к.м.н. Ф.Х.Миневич,

к.м.н., доц А.Н. Корнетов, к.м.н., доц. И.В. Воеводин, , врач высшей категории

К.И. Кошкарева, врач высшей категории М.Г. Веселкова, врач высшей

категории, О.В. Агаркова, врач высшей категории Л.И. Титаренко, к.м.н., доц

Н.В. Казанцева, к.м.н., Е.О. Старинская, к.м.н., доц А.Л. Сериков, к.м.н , доц.

А.Л.Рожков, к.б.н. доц. Н.С. Хоч (ответственный за выпуск), Харитонов Е.М.,

А.В. Горшков

© Кафедра психиатрии, наркологии
психотерапии и медицинской психологии

ФПК и ППС СибГМУ

©Сибирская ассоциация интегративной психиатрии

©Томская клиническая психиатрическая больница

*Посвящается 70-летию юбилею
крупного и талантливого организатора
Томской областной клинической психиатрической больницы
Анатолию Ивановичу Потапову,
ныне Академику РАМН*

ПРЕДИСЛОВИЕ

Своеобразие российской культуры а, иногда, и других человеческих сообществ часто проявляется в том, что признание людей, совершивших крупные достижения, не отмечается при их жизни, они приходят позже, могут канонизироваться, утрироваться и тогда уже теряется, а часто и искажается истинное положение вещей.

Редакции хотелось бы нарушить эту традицию в преддверье 100-летия Томской клинической психиатрической больницы. Мы считаем необходимым посвятить этот сборник человеку, которому природа дала неиссякаемый темперамент; мужественность, которая всегда приводила его к достижениям; неуклонную целеустремленность в любом человеческом деле, которые он считал первостепенным. Особого выделения требует организационный талант и мудрость решений, которые доказаны всей жизнью Анатолия Ивановича, а также любовь к людям, которая часто скрывалась за суровой маской руководителя, но всегда распознавалась по юмору, который действовал положительно на всех окружающих его людей.

В тот период, когда А.И. Потапов принял Томскую психиатрическую больницу, она мало отличалась от времен приютов Пинеля. Это была республиканская больница, куда потоком направлялись пациенты с хроническими течениями заболеваний.

Главной линией, которая дала отечественную известность Томской областной клинической психиатрической больницы, явилась концепция реабилитации. На начальном этапе под реабилитацией понимались лечебно-

восстановительные мероприятия в конце и после лечения, акцент в которых эмпирически исходил из взглядов врачей, медицинских, социальных работников, но мало учитывались индивидуальные особенности пациентов, степень их эмоционально-волевых нарушений и нарушений мышления. Чаще всего реабилитационному воздействию подвергались пациенты, страдающие длительное время хроническими психическими заболеваниями и мало внимания уделялась поэтапным и последовательным шагам в период восстановления здоровья. В этом отношении сказывалось и отставание клинической (медицинской) психологии, поскольку сами психологи в силу сложности образования переучивались из педагогов и несли в своем подходе вертикальное отношение к больным. Что касается психиатров, то в тот период психотропное средство являлось главным лечебным фактором, а клинический психолог не являлся партнером, обладающим навыками реабилитационных влияний по выше обозначенным обстоятельствам. Несмотря на все эти объективные недостатки Томская областная клиническая психиатрическая больница и психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева быстро стали лидерами в отечественной психиатрии в данной области.

Какой ключевой момент реабилитационной концепции сыграл знаменательную роль в развитии психиатрической больницы? Прежде всего изменение в отношении к пациентам. За небольшой период "лежачие" больные встали с кроватей и показали себя достаточно активными людьми, способными продемонстрировать высокий уровень редукции негативной симптоматики в силу постоянных и упорных действий живущих интересами больных высокого класса специалистов и руководства больницы и кафедры. Этот период исторически еще недостаточно осмыслен но, тем не менее необходимо четко представить, что для больных Томская республиканская психиатрическая больница стала своего рода Меккой, сибирским центром, куда направлялись многие пациенты в силу слабой еще развитости специализированной психиатрической помощи в отдельных регионах Сибири. В этих условиях как часто бывает на пересечении случайных и закономерных явлений, образовалось

ядро психиатров вокруг двух незаурядных личностей – главного врача – А.И. Потапова и заведующего кафедрой психиатрии в те годы Томского медицинского института Е.Д. Красика. Как показывает опыт работы многих психиатрических кафедр и больниц, только там развивается профессиональный уровень психиатров, где возникает творческая атмосфера, и основой жизненного интереса специалистов являются пользователи психиатрических услуг.

Итак, клинический и научный процесс развития реабилитации до уровня Всесоюзной школы психиатров стал возмолжен лишь благодаря ядру специалистов, которая явилась опорой в изменении облика больницы и сыграла историческую роль в новом подходе к больным. Это были тонкие клиницисты, воспитанные еще А.А. Перельманом: К.И. Кошкарева, М.Г. Веселкова и новая мощная и азартно влюбленная в психиатрию группа психиатров. Среди них особенно выделялись Ю.Г. Андреев, В.П. Запускалов, Н.К. Кушкина, С.Н. Мальцева, Э.И. Мещерякова, В.Б. Миневич Ф.Х. Миневич М.И. Петров, Л.И., Титаренко, Н.П. Саятова, Л.Я., Н.И. Чернигова, Л.Я. Шеметова, А.Л. Шмилович, В.П. Шульга, Н.П. Чернышова, Л.Я. Якутенок и др.

Успех был предопределен единством работы психиатрической больницы и кафедры психиатрии, которые были спаяны теплыми дружескими отношениями, общими профессиональными знаниями и посвящению себя всем проблемам психически больных. В настоящее время существенно разработана детско-подростковая служба, в которой вместе с НИИ психического здоровья применяются комплексные психолого-психиатрические методы научные исследования терапии. Несколько лет работает отдел судебной психолого-психиатрической экспертизы. На базе больницы впервые развернута кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии для последипломного непрерывного образования с широкими контактами с мировой психиатрией, что важно разработки программ оказания полипрофессиональной помощи, приближенные к месту жительства пациентов.

Открывая ежегодный сборник больницы и кафедры вместе с отечественным сообществом психиатров, а также новыми факультетами клинической психологии, психотерапии и социальной работы мы надеемся, что он будет служить тем знаниям, которые сегодня необходимы пользователям психиатрических, психологических и социальных услуг, соединенных в биопсихосоциальном подходе для лиц страдающих психическими и поведенческими расстройствами.

Редакционная коллегия

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ: СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

А.П. Агарков

*Томская клиническая психиатрическая больница
Сибирский государственный межрегиональный университет, г. Томск*

Знания о психосоциальной реабилитации людей с хроническими заболеваниями непрерывно пополняются. Современную реабилитацию следует назвать комплексной, хотя еще в конце 70-х. - 80-х годов, она была многосторонней с мощным врачебным потенциалом. Психореабилитация практикуется в разных регионах мира примерно с 1973 году, но в Томской клинической психиатрической больнице она развилась достаточно интенсивно к 1967 г. Активное расширение и полномочия пользователей психиатрических услуг прежде всего были расширены за счет трудовой деятельности в лечебно-мастерских и промышленных предприятиях. Существенно была расширена автономия и доверие к пациентом. В свою очередь режим труда, позволил пациентом восстановить многие утраченные навыки, снизить дозы психотропных средств и небрежность ухода за собой, поскольку выросла степень самостоятельности.

В ряде случаев удалось привлечь членов семей, директоров заводов государственные органы. В целом 10-летний анализ этой работы показал достаточную успешность психореабилитации при непрерывном ее процессе всего коллектива.

Основные выводы могут быть сведены к следующим:

1. Эффективные реабилитационные мероприятия должны быть непосредственными и с самого начала и поведенческими. Причем, как мы уже подчеркивали бихевиоральная система в наших публикациях со стимулом и реакциями меньше объясняет успешность постоянных реабилитационных мероприятий, поскольку когнитивная переработка, трансформировавшая в стереотип поведения играет большую роль в этом процессе

2. Разнообразие дифференцированных реабилитационных программ оказывали более качественный эффект и специфическое воздействие на сопутствующий результат, чем ограниченность применения их к одной и тем же сферам. Однако это не является окончательным правилом, поскольку многие хронические пациенты привыкают к одной и той же работе, имея определенный круг поддержки.

3 При ранних психотических эпизодах с высоким уровнем социальной компетенции методы вмешательства должны быть строго индивидуализированы и согласовываться с интересом больных, поддержкой близких родственников и прежде всего жены или матери с открытым режимом наблюдения после обструктивной программы

4. С другой стороны краткосрочные вмешательства дают меньшие эффекты, чем долгосрочные. В этих случаях обязательно должна быть оценена динамика хронического заболевания.

5. По возможности любые реабилитационные вмешательства желательно осуществлять в непосредственной близости пациента.

6. Связи стационара и психоневрологического диспансера должны быть четко преемственными между собой и пациенты, получающие качественные современные препараты длительное время не должны в одностороннем порядке в диспансерных условиях их изменять. Любое изменение должно быть согласовано со всей группой врачей в тактике ведения пациента. По возможности реабилитационные сотрудники также должны принимать в этом участие.

По мере развития реабилитационных программ возрастает сочетание навыков и умений пользователей с поддержкой со стороны окружения.

Если подвести результаты концепции практической реабилитации, то ее исследовательские программы должны носить прикладной характер с разработкой конкретных навыков в тактике ведения пациентов, страдающих определенными психическими и поведенческими расстройствами. Большие исследовательские программы, касающиеся крупных изменений в содержании

пациентов, организации групп помощи родственникам и самопомощи больных возможны, поскольку в настоящее время растут инновационные технологии в тактике ведения пациентов. Однако явные результаты могут быть выражены лишь тогда, когда кадровый состав врачей будет иметь адекватную цену за большие нагрузки профессиональной партнерской деятельности с пациентами, работы в условиях полипрофессиональной бригады и оказываемой помощи, при которой вклады в психиатрическую помощь. Согласно ВОЗ в ближайшее время 15% бремени болезни будет приходиться на психические и поведенческие расстройства. Поэтому психиатрия, которая все больше сливается в своей практической работе с клиническими психологами и социальными работниками требует принципиально иного финансирования.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ТОМСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ВЕКОВЫЕ ТРАДИЦИИ И НОВЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ

А.П. Агарков, Е.А. Бабухадия

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Томская клиническая психиатрическая больница

Поиск новых подходов в решении вопросов реабилитации психически больных в настоящее время является одной из самых актуальных проблем отечественного здравоохранения. Ведь, согласно статистическим оценкам 1/5 часть психиатрического коечного фонда России заблокирована больными, не покидающими стен больницы в течение года (Гурович И.Я., 2001). В значительной степени это связано с существующими у этих лиц социально-бытовыми проблемами, выражающимися как в проблемах в микросоциуме, так и в бытовой неустроенности, снижении адаптационных возможностей, стигматизации пациентов (Семин И.Р., Агарков А.П., 1997).

Традиции реабилитационной работы были заложены в Томской психиатрической больнице с самого начала ее открытия, ее первым главным врачом Николаем Николаевичем Топорковым, и насчитывают без малого век.

«С первого дня был взят курс на труд, чтобы больные не содержались, а лечились», - пишет он в своей монографии «Окружная психиатрическая лечебница. Первые шаги» (1911). Новое дыхание реабилитационное направление получило в 1966 году, с приходом главного врача Анатолия Ивановича Потапова и заведующего кафедрой психиатрии Евсея Давидовича Красика, важнейшим критерием эффективности работы медиков стали показатели лечебно-трудовой реабилитации больных. Трудовая терапия была широко развернута не только в подсобном хозяйстве, но и в лечебно-трудовых мастерских, количество мест в которых было увеличено с 17 в 1966 году до 450 - в 1977.

К сожалению, в настоящее время, как отмечал в своем докладе Министр ЗД РФ Ю.Л. Шевченко (2002): «Организационные формы психосоциальной и трудовой реабилитации, которые создавались, в новых экономических условиях «не выживают». Так, число мест в лечебно-трудовых мастерских для психически больных инвалидов сократилось, по сравнению с 1990 г., примерно в 4,5 раза, число мест в специализированных цехах примерно в 5 раз, число психически больных инвалидов, работающих на обычных предприятиях почти в 3 раза».

Не стал исключением и Томск. Однако, в отличие от многих других психиатрических больниц, Томской психиатрической больнице удалось сохранить лечебно-трудовые мастерские. В настоящее время в них развернуто 100 рабочих мест. Помимо занятости, ежедневного наблюдения врача психиатра и бесплатного амбулаторного лечения, пациенты получают хорошую финансовую поддержку в виде ежемесячных выплат от службы занятости населения, сотрудничество с которой было возобновлено с 2002 года. Суммы, перечисляемые на личные счета больных, постоянно увеличиваются, в 2004 год объем выплат почти в 9 раз превысил показатель двухлетней давности, составив 270 тысяч рублей. Продолжает действовать и реабилитационная бригада на промышленном предприятии — подшипниковом заводе, больница трудоустраивает и курирует пациентов на частных предприятиях: в

автомастерских, в перерабатывающей промышленности и других. Число, таким образом трудоустроенных пациентов превышает 50 человек.

Удалось не только сохранить, но в 2004 году и увеличить – с 35 до 50 количество мест в общежитии для больных.

Не менее важным аспектом психосоциальной реабилитации явилось развитие внутриспсихиатрической службы социальной помощи, внедрение психообразовательных программ, открытие групп поддержки и самопомощи, направленных на преодоление тенденции увеличения количества пациентов, длительно находящихся в стационаре. Одновременно проводится работа над предупреждением частых и длительных госпитализаций, возвращением лиц, страдающих психическими расстройствами, в сообщество. Продвигаясь в данном направлении, с 2003 года, как в стационаре, так и в амбулаторном звене больницы организована работа социореабилитационных, психообразовательных групп для пациентов и членов их семей. Ведущими групповых занятий являются клинические психологи и врачи психотерапевты. Особое внимание уделяется пациентам, имеющим большую продолжительность госпитализации (свыше года), в частности, лицам, к которым согласно решению суда применены медицинские меры принудительного характера в виде амбулаторного и стационарного лечения у психиатра.

С целью улучшения качества психиатрической помощи, внедрения новых форм работы с использованием методов полипрофессионального подхода, включая различные формы и методы общественной реабилитации душевнобольных, была разработана и представлена в Администрацию Томской области программа инновационной технологии организации биопсихосоциальной модели психиатрической помощи, тактики ведения, терапии и реабилитации шизофрении и родственных психотических расстройств: «Клиническое отделение первого психотического эпизода». Члены полипрофессиональной бригады будущего отделения (психиатр, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе) прошли обучение по вопросам

работы клиники первого психотического эпизода, при организации Московским НИИ психиатрии Минздрава России и фармацевтической компанией «Eli Lilly». В настоящее время ведется капитальный ремонт помещений, где до конца года будет развернуто указанное подразделение больницы.

Новое дыхание в последние годы получило развитие досуговой сферы социальной реабилитации. В каждом отделении из числа медицинского персонала выделен сотрудник, занимающийся организацией свободного времяпрепровождения пациентов. Курацию осуществляют отдел по культурно-массовой работе, а также врачи реабилитологи. Больные с большим желанием участвуют в выставках работ художественно-прикладного искусства, межотделенческих праздниках, экскурсиях по городу, выходах в театр, в музеи, на выставки. Наряду с занятиями лечебной физической культурой проводятся турниры по шахматам, русским шашкам, волейболу. Команда пациентов участвует в первенстве города по минифутболу.

В 2002 году в больнице создан отдел по социальной работе. В тесном взаимодействии с Опекунским советом больницы сотрудники отдела лоббируют интересы пациентов в административных учреждениях, судах, отстаивают их имущественные права, защищают интересы недееспособных.

При активной поддержке сотрудников больницы в 2001 году в Томске начало действовать, а в 2003 - получило статус юридического лица региональное отделение Всероссийской общественной организации «Новые возможности», объединяющей лиц, страдающих психическими расстройствами и их родственников. Проводятся встречи больных и членов их семей в неформальной обстановке, оказывается социальная, психологическая, психотерапевтическая, консультативная психиатрическая, юридическая помощь. В планах организации – развитие содействия в трудоустройстве и отстаивании интересов психически больных в административных, производственных и др. учреждениях.

Дальнейшее развитие существующих программ, а также внедрение новых форм психосоциальной реабилитации, эффективных в условиях происходящих в стране политико-экономические преобразований и бурных социальных процессов в обществе, предусмотрены в представленной в июне 2003 года, на заседании Правительства Томской области подпрограмме “Развитие психиатрической службы Томской области (2003-2008 гг.)» областной целевой программы «Развитие здравоохранения Томской области (2003-2007 гг.)”.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.А. Бабухадия

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск
Томская клиническая психиатрическая больница*

Начиная с 1980-х годов, реабилитация все больше обозначается как «психосоциальная». Именно психосоциальная реабилитация становится все более преобладающим направлением в деятельности психиатров по социальному восстановлению пациентов (Гурович И.Я. с соавт., 2004). Однако, учитывая объективные условия, такие как уровень развития и доступности психиатрической помощи, социальная, экономическая ситуация и прочие, в каждом регионе проблемы реабилитации решаются по-своему.

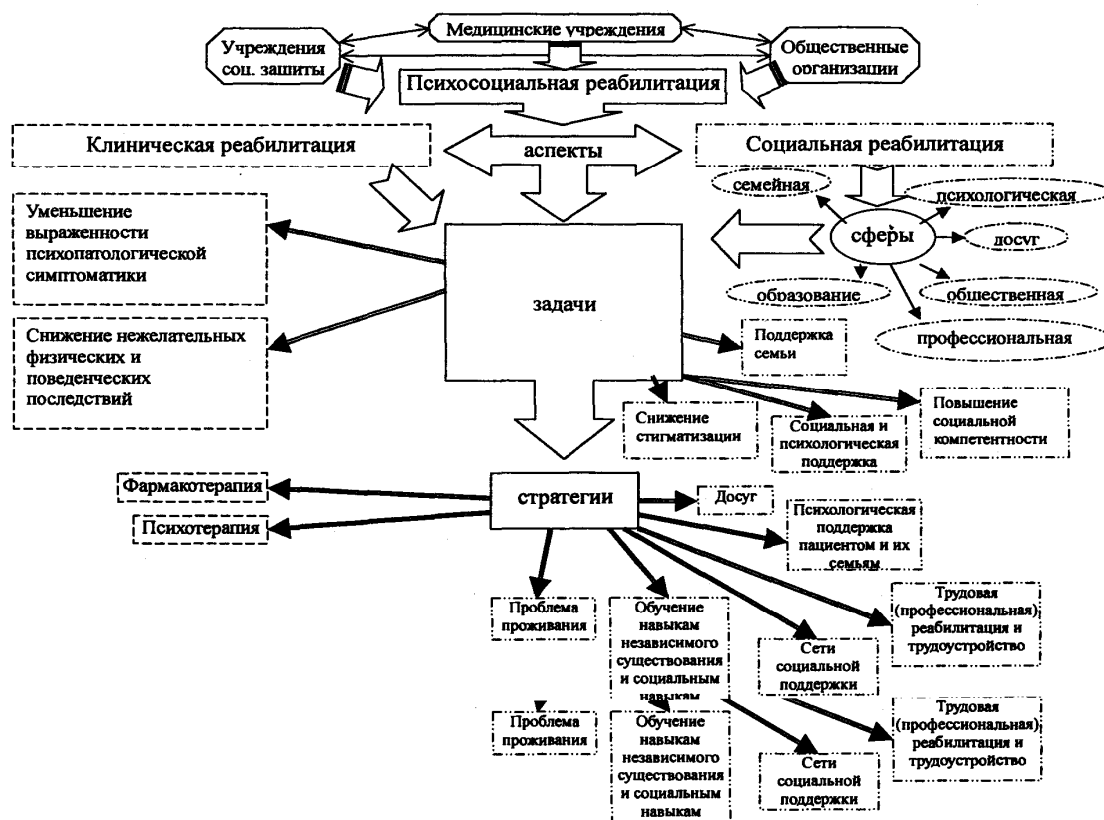
Нами была разработана оригинальная функциональная модель психосоциальной реабилитации больных, страдающих шизофренией. При ее создании мы использовали определение и основные положения Согласительного документа «Психосоциальная реабилитация», разработанного Всемирной Организацией Здравоохранения в сотрудничестве со Всемирной Ассоциацией Психосоциальной Реабилитации (1996). Психосоциальная реабилитация (схема 1) осуществляется при взаимодействии медицинских учреждений, учреждений социальной защиты населения, общественности.

Медицинскими учреждениями, прежде всего, являются лечебные психиатрические учреждения. При этом необходимо развивать внебольничную

службу, полустационарные и нестационарные формы работы, увеличивать объем социальной помощи, оказываемой сотрудниками психиатрических учреждений, максимально приближать специализированную помощь населению путем создания дневных стационаров и стационаров на дому в районных центрах.

Помимо психиатрических, необходимо активное участие в программах психосоциальной реабилитации общемедицинских учреждений.

Схема 1. Функциональная модель психосоциальной реабилитации



С

хема 1

Знание критериев начального этапа шизофрении способствует более раннему направлению пациентов интернистами к психиатру. К сожалению, интервал времени от начала данного заболевания до назначения адекватной терапии составляет несколько лет (Larsen T.K. et al., 1996).

Учреждения социальной защиты населения, как правило, участвуют только в реабилитации пациентов, имеющих группу инвалидности. Общественные организации, в том числе объединяющие пользователей психиатрической службы, имеют большие перспективы в деле развития

психосоциальной реабилитации и повышения качества оказания специализированной помощи. Основными задачами общественных организаций являются социальная поддержка и защита психически больных и членов их семей, контроль за качеством психиатрической помощи, соблюдением гражданских прав психически больных, оказание содействия в их психосоциальной реабилитации (Ястребов В.С. с соавт., 1997). В рамках деятельности организаций проводятся встречи больных и членов их семей в неформальной обстановке, оказывается социальная, психологическая, психотерапевтическая, консультативная психиатрическая, юридическая помощь. Осуществляется содействие в трудоустройстве и отстаивании интересов психически больных в административных, производственных и др. учреждениях.

Психосоциальная реабилитация подразумевает два аспекта – клинический и социальный (во всех его сферах), каждый из которых имеет определенные задачи и стратегии. Задачи клинической реабилитации: 1) уменьшение выраженности психопатологических расстройств; 2) снижение нежелательных физических и поведенческих последствий как непосредственно самого заболевания, так и вызванных проводимой фармакотерапией. Стратегия клинической реабилитации представлена фармако- и психотерапией.

Сферами социальной реабилитации являются общественная, психологическая, образовательная, профессиональная, семейная, свободного времяпрепровождения (досуга). В задачи социальной реабилитации входят: 1) повышение социальной компетенции путём расширения спектра социальных навыков индивидуума, его психологической устойчивости и профессионального функционирования; 2) уменьшение дискриминации и снятие клейма "психически больной"; 3) оказание поддержки семьям, имеющим душевнобольного родственника; 4) оказание социальной поддержки путем создания и развития устойчивой и долгосрочной системы социальной поддержки, обеспечивающей, по крайней мере, базовые потребности душевнобольных в жилье, работе, социальной сети и досуге. Из задач следуют

стратегии социальной реабилитации: 1) обучение навыкам независимого существования в отношении основных видов повседневной активности и самообслуживания (например, принятие пищи, гигиенические процедуры, одевание, уборка и т.д.); обучение социальным навыкам, необходимым в социальных и межличностных контактах; 2) психологическая поддержка семей психически больных, включая просветительские и образовательные программы, создание групп самопомощи для родственников; 3) решение проблемы проживания вне психиатрического учреждения; 4) трудовая (профессиональная) реабилитация и трудоустройство; 5) сети социальной поддержки - прочная система человеческих взаимоотношений индивидуума, которые рассматриваются им в позитивном свете и которые, вероятно, оказывают долгосрочное влияние на его жизнь путем эмоционального, физического, финансового и интеллектуального воздействия. Они действуют, главным образом, укрепляя и усиливая способность человека преодолевать негативные последствия психического заболевания; 6) способность принимать участие и получать удовольствие от досуга, выбранного по своему желанию.

Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации заложены в самом определении этого понятия, данном ВОЗ (1995): "... это процесс, который открывает людям, страдающим психическими расстройствами, возможность достичь своего оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе. Она подразумевает как повышение их компетенции, так и изменение окружающей их социальной среды с тем, чтобы они могли достичь того максимального качества жизни, которое возможно для людей с психическими заболеваниями или нарушениями психической деятельности. Делая акцент на успешной жизни в сообществе, психосоциальная реабилитация направлена на обеспечение оптимального уровня функционирования индивидуумов и общества в целом, уменьшение инвалидности и психических нарушений".

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ.

**А.С Алексеева, Э.И. Белобородова, Е.В. Белобородова, Е.Г. Ламброва,
Л.П. Филиппова, Н. А. Корнетов**

Сибирский государственный медицинский университет, Томск.

При каждом соматическом заболевании, помимо вероятности коморбидных психических расстройств могут проявляться реакции страха тревоги, мобилизации, депрессии, безысходности, ипохондрии, которые в своих ярких формах будут выражать личностные психологические особенности. В настоящем исследовании нами изучались клинические психологические профили у разных личностей больных вирусным гепатитом С (ВГС) в фазе репликации вируса.

В настоящей работе приводятся первые предварительные материалы психологических особенностей с диагнозом гепатита С (ВГС). Было обследовано 105 больных ВГ (59 мужчин и 46 женщин). Средний возраст составил 37,2 года (от 16 – 68 лет). Средняя продолжительность заболевания составила 9,2 года. Диагноз ВГС верифицировали, оценивая жалобы, анамнез, данные общеклинического обследования, результаты пункционной биопсии печени и вирусологического исследования. Для выявления психологических особенностей использовали Сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ) по 11 шкалам (L, F, K, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9), профиль которого отражает актуальное психическое состояние пациентов

При анализе усредненного по Т – баллам личностного профиля (тест СМОЛ) у больных ВГС выявлено достоверно значимое повышение показателей по шкалам: 6 «паранойальности» ($63, 6 \pm 2,6$ Т - баллов), 1 «ипохондрии» ($62,1 \pm 2,5$ Т - баллов) и 2 «депрессии» ($64,3 \pm 3,1$ Т - баллов). Характерными чертами «паранойальности» являются склонность к формированию сверхценных идей. На фоне астенического синдрома, эмоциональной напряженности, тревожности часто возникают мысли о фатальности заболевания, неизбежности развития цирроза печени, что порождает у части больных тревожно-мнительные невротические нарушения, которые овладевают их сознанием и определяют

дальнейшее поведение. Шкалы «ипохондриии» и «депрессии» соответствуют угнетенности подавленности настроения с неприятными соматопсихическими ощущениями, которые не носят четкой локальности, а размыты и в сочетании с повышением показателей “паранойяльности” формируют ипохондрическую фиксацию на своих телесных ощущениях или предполагаемой тяжести заболевания. Все данные показатели в совокупности проявляются пессимистическим отношением к своим проблемам, требовательностью, неудовлетворенностью проводимым лечением, депрессивными реакциями, подавленностью, множеством соматических жалоб, фиксацией на собственном состоянии по типу «ухода в болезнь». Забота о здоровье приобретает сверхценный характер, доминирует в системе личных ценностей. Наблюдается угнетенность или возбуждение, нарушение сна, раздражительность, плаксивость.

Таким образом, в психологическом состоянии больных ВГС доминируют паранойяльные и ипохондрически-депрессивные черты личностного профиля, которые клинически по своему существу могут формировать стойкие представления о болезни, ипохондрическую фиксацию с постоянными, астенические состояния с угнетенностью. Это далеко не полный перечень возможных развитий психологических реакций на гепатит С (ВГС). Данные группы жалоб требуют дальнейшего исследования, чтобы выделить в каждом случае характерные симптомокомплексы. То, что преимущественно психические переживания с соматической проекцией, которые часто не имеют места при данном заболевании ярко выражены в данной фазе обследования, нередко определяет клиническую картину заболевания и могут служить предикторами формирования психических расстройств у ряда пациентов с этим заболеванием. Поэтому необходима разработка тактики ведения гепатита С (ВГС) в данной фазе терапии, адекватных изменений в искаженном понимании своего состояния пациентами. Постоянное отвлечение от доминирующих мыслей о болезни и разрешение любой неопределенности у пациента, поскольку незнание, непонимание, медицинская среда требует

постоянных объяснений для понижения тревоги, вслед за понижением которой, изменяется весь клинический профиль в лучшую сторону.

ТЕРАПИЯ КОАКСИЛОМ КОМОРБИДНЫХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ.

О.С. Бабичева

Городская больница 1 ГУВД КО, г. Кемерово

Вследствие постоянного участия сотрудников органов внутренних дел в контртеррористических операциях на территории Северо - Кавказского региона, они находятся в состоянии повышенной мобилизации. Постоянно подвергающиеся повторным воздействиям комплекса экстраординарных психотравмирующих факторов, вопросы лечения и реабилитации участников боевых действий становятся одной из актуальных проблем. Выполнение оперативно-служебных задач в этих условиях, сопряженных с риском для жизни и здоровья, у значительного числа сотрудников вызывает развитие состояний дистресса, расстройства адаптации, смешанные тревожно-депрессивные расстройства посттравматические стрессовые расстройства . Данные научных исследований, а также выборочные исследования психологов и психиатров органов внутренних дел показывают, что в состоянии психической дезадаптации находится до 30 % сотрудников, а отдельные симптомы посттравматического стрессового расстройства проявляются у 50 % сотрудников. Недавно проведенное исследование И.В. Глумовой по руководством Н.А. Корнетова выявило существенное преобладание расстройств адаптации у сотрудников ОМОН - участников контртеррористических операций в регионе Северного Кавказа (Глумова И.В., Корнетов Н. А., 2003-2005) Учитывая, что при расстройствах адаптации наиболее выражены тревожные, депрессивные, смешанные и поведенческие нарушения проблема терапии ПТСР практически неотделима от терапии тревожных и депрессивных расстройств, те или иные из которых могут входить

в структуру данного состояния, носить подпороговый характер или выступать в коморбидными расстройствами вместе с ПТСР.

Многочисленные данные литературы свидетельствуют об особой значимости появления симптомов депрессии после острой психотравмы для формирования в последующем хронических вариантов ПТСР. В этой связи становится актуальной и практически важной оценка терапевтической эффективности коаксила как одного из представителей современного серотонинергического антидепрессанта, стимулирующего его обратный захват. Помимо эффективного воздействия на симптомы ПТСР и коморбидные им симптомы тревоги и депрессии в данных случаях требуется сохранения уровня социального функционирования больных, что и обеспечивает назначение коаксила.

В настоящем исследовании нами была поставлена задача рассмотреть клинические данные по терапевтической эффективности, переносимости, безопасности препарата коаксила при лечении в амбулаторных условиях пациентов, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами в рамках ПТСР. Кроме того, в ходе наблюдения решалась задача подробно ознакомиться и применить на практике Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), для измерения эффективности коаксила, шкалу Готланда для оценки депрессии (ШГ).

Под наблюдением находилось 11 человек мужского пола, в возрасте от 25- 40 лет. Количество командировок на Северный Кавказ от 3-8. В состоянии определялось уныние, подавленность, чувство вины, заниженная самооценка с представлениями о собственной никчемности, непригодности к профессиональной деятельности или семейной жизни, наличие признаков интеллектуального и двигательного торможения, нарушения сна, беспричинной тревоги, а также сомато-вегетативные проявления в виде чувства постоянной нервозности, дрожи, мышечного напряжения, потливости, сердцебиения, головокружения.

Субклинически выраженная тревога и депрессия по шкале HADS диагностировалась у семи пациентов. Исходный показатель суммарного балла составляла 8, по ШГ 18 баллов Клинически выраженная тревога и депрессия в рамках ПТСР диагностировалась у 5 пациентов, суммарный балл по шкале HADS составлял 14, по ШГ 29 баллов. Длительность депрессивно-тревожных расстройств в рамках ПТСР в среднем составляла длительность от 1,5 до 8 мес. Терапия препаратом коаксил проводилась в течение 60 дней в следующих дозировках: перед едой по 1 таблетке (12,5 мг.) 3 раза в день. Сопутствующая психофармакотерапия ограничивалась анксиолитиками бензодазепинового ряда (для купирования выраженной тревоги и нарушения сна). Показатели эффективности и переносимости регистрировались через 10, 30, 60 дней. Результаты исследования показали положительное терапевтическое влияние коаксила на симптомы тревоги. Анксиолитический эффект проявился уже с первых дней терапии, опережая собственно антидепрессивный эффект препарата. Интересным оказался тот факт, что быстро редуцировалась не только тревога, но и заторможенность. Первые признаки редукции тяжести симптомов депрессии наблюдались у 5 больных (45%) уже на 10-й, 12-й дни терапии тианептином, с последующей нарастающей положительной динамикой. На 30-й день терапии проводилась самооценка пациентов качества жизни: изменилась оценка окружающего, повысилась самооценка, улучшилось качество жизни у 8 (72%) пациентов. Через 6 недель терапии у 8 (72 %) больных оценивали качество жизни как хорошее и отличное, еще 3 (25 %) пациента отмечали его умеренное улучшение.

Исследования также подтвердило высокую переносимость и безопасность тианептина, которое подчеркивается во многих исследованиях. Препарат не влиял на физикальные характеристики пациентов (вес, АД, ЧСС). Все больные переносили препарат без побочных явлений. Анализ результатов исследования показывает, что коаксил эффективно устраняет расстройство сна, связанное с депрессией. Клинически это проявляется постепенным увеличением продолжительности, а затем и улучшением качества сна.

. Полученные результаты настоящего исследования подтверждают возможности эффективного применения коаксила при терапии тревожно-депрессивных состояний в рамках ПТСР в амбулаторных условиях, в связи с высокой его переносимостью и безопасностью, отсутствием признаков ухудшения показателей физикального статуса у больных. Данный антидепрессант, имея специфические особенности действия в сочетании с техниками релаксации можно рассмотреть в качестве терапии ранних проявлений признаков дистресса с терапевтическими релаксирующими сессиями. Тройной эффект тианептина с мягким действием: анксиолитическое, тимоаналептическое и когнитивно-стимулирующее могут играть значительную роль в лечении совокупности травматических переживаний, тревожных нарушений, состояний постоянного напряжения

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КОМОРБИДНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Л.М. Барденштейн, Я.Ю. Воронина, Н.И. Беглянкин

*Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет
(МГМСУ), г.Москва*

Проблема псориаза остается актуальной в дерматологии в связи с тяжелым хроническим рецидивирующим течением данного дерматоза и увеличением его распространенности в популяции. Заболевание значительно снижает качество жизни больных, что в первую очередь связано с отсутствием эффективной терапии. (Скрипкин Ю.К., 1994; Бутов Ю.С., 2000; Кубанова А.А., 2004)

В последние годы существенно возросло внимание к проблемам психического благополучия и психосоциальной адаптации пациентов, страдающих псориазом. Согласно данным ряда авторов, инвалидизирующее влияние этого дерматоза во многом связано с различными психическими расстройствами, выявляемыми у больных псориазом (Gupta MA и др., 1998;

Rapp S.R, Feldman S.R et al., 1999; Krueger G, Koo J. et al., 2001; Fortune D.G., Richards H.L et al., 2004).

Аффективная патология - наиболее часто диагностируемое расстройство психической деятельности. При этом субдепрессивные и депрессивные расстройства занимают доминирующее положение. Согласно исследованиям последних лет, отмечается неуклонный рост числа больных депрессией и тенденция к хроническому и инвалидизирующему течению данной патологии (Смулевич А.Б., 2001; Дубницкая З.Б., 2005)

Целью исследования было изучение клинической типологии депрессивных расстройств у больных псориазом и эффективности сертралина (стимулотона) при лечении депрессивных нарушений. Под наблюдением было 54 больных распространённым псориазом в прогрессирующей стадии (32 мужчины и 22 женщины, средний возраст 37 ± 11), находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении 52 ГКБ. Длительность заболевания колебалась от 3-х месяцев до 35 лет, но большинство больных страдало псориазом 10 и более лет. Количество рецидивов заболевания составляло 2 и более в год у 64% больных, 28 % больных не имели клинической ремиссии заболевания за последние 1-3 года. Диагноз вульгарный псориаз установлен у 31(57,4%) больных, экссудативный псориаз у 12 (22,2%) больных, осложненные формы: артропатический псориаз и псориатическая эритродермия – у 6 (11,1%) и 5 (9,3%) соответственно.

Для оценки распространённости и выраженности кожного процесса использовали индекс PASI (Psoriatic Area and Severity Index) Fridriksson-Petersson (1978), который вычислялся до и после проводимой терапии. Средний суммарный балл на момент начала терапии составлял 35,4. Все пациенты были обследованы с применением общеклинических лабораторных методов: общий анализ мочи, гемограмма, биохимические показатели функции печени. Существенных отклонений от нормы у больных не выявлено.

Наряду с классическим клинико-психопатологическим методом исследования для объективизации оценки психического статуса пациентов в

процессе лечения использовался также ряд психометрических методик, применяемых в настоящее время в мировой психиатрии и психофармакологии: шкалы оценки выраженности депрессии и тревоги М. Гамильтона HDRS-21 и HARS (Hamilton M., 1959, 1960, 1967) «Шкала общего клинического впечатления – улучшение» - “Clinical Global Impression Improvement Scale (CGI-I”) [Guy W., 1976]. С учетом операционных диагностических критериев, представленных в МКБ-10, оказалось возможным выделить следующие ведущие психопатологические состояния у больных псориазом: дистимия – 65,7% [F34.1]; рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод средней степени тяжести – 10,2 % [F33.1], рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод легкой степени тяжести - 9% [F33.0]. При этом средний суммарный балл до начала антидепрессивной терапии по HDRS-21 составил $18,3 \pm 1,5$; по HARS- $14,6 \pm 4$; CGI- $4,2 \pm 1,3$. Следует отметить, что более высокие баллы по шкалам HDRS-21 и HARS отмечены у больных с длительным и упорным течением псориаза, экссудативной, артропатической и эритродермической формами, частыми (более 2 раз в год) рецидивами или отсутствием ремиссии за последние несколько лет. Среди основных клинических признаков депрессии следует отметить значительное снижение активности, трудности при выполнении обычной работы, быстрая утомляемость, пониженная самооценка и чувство безнадежности, в том числе в отношении проводимой терапии. Отмечались жалобы на частые головные боли, трудности в засыпании, сердцебиение, одышку, беспричинное беспокойство и чувство внутреннего напряжения.

Всем больным, наряду со стандартной антипсориазической терапией, включающей дезинтоксикационные, десенсибилизирующие, противовоспалительные препараты, витамины, кератолитические и кератопластические мази, назначался препарат из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) сертралин (стимулотон) в суточной дозе 50 мг утром однократно в течение 42 дней.

Выбор препарата был обусловлен его высокой тимоаналептической активностью при одновременном редуцирующем воздействии на коморбидную тревожную симптоматику, отсутствием необходимости титрации суточной дозы и благоприятным спектром побочных (без выраженных антихолинергических, адренолитических и антигистаминных) явлений.

На фоне проводимого лечения отмечено стойкое клиническое улучшение после 2-недельного лечения, которое проявлялось в повышении настроения, снижении беспокойства и раздражительности, постепенной дезактуализации стрессогенных переживаний. К концу лечения у 39 (72,2%) больных редукция исходных баллов составила 50% и более, что расценивалось как «полный ответ» на терапию: HDRS- $21-9,3\pm1,7$; по HARS- $5,4\pm4$; CGI- $2,1\pm0,5$. Положительная динамика дерматологического статуса регистрировалась в процессе лечения; средний суммарный балл PASI к концу лечения снизился на 75% и более у 9 больных, что расценивалось как значительное улучшение, на 50% и более - у 37 больных – улучшение, 25% и более – у 8 больных констатировано незначительное улучшение. У больных с артропатическим псориазом отмечалось значительное уменьшение утренней скованности и болевых ощущений в пораженных суставах.

Полученные данные клинически выявили коморбидные депрессивные расстройства (дистимия, рекуррентное депрессивное эпизод) у больных, страдающих распространённым псориазом. Применение в комплексной терапии современных антидепрессантов из группы СИОЗС является эффективным, хорошо переносимым и безопасным.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

Г.Г.Буторин, Н.Е.Буторина

Челябинский государственный педагогический университет,
Уральская государственная медицинская академия дополнительного
образования Россздора

Настоящая работа посвящена краткому анализу проблемы умственной отсталости в виду того, что на фоне общей психолого - психиатрической литературы данная проблема занимает весьма скромное место.

Известно, что лица с умственной отсталостью представляет собой довольно гетерогенную группу с разнообразным спектром очень сложных, комплексных нарушений и особых медико-социально-психологических потребностей. Одна из основных проблем работы с данным контингентом заключается в том, что различные специалисты, оказывающие помощь этим лицам, нередко расходятся в прогнозах и терапевтических стратегиях, оперируя при этом противоречивыми, неоднозначными терминами и категориями. К этому можно добавить, что в большинстве стран, включая Россию, в общественном сознании закрепились нозоориентированные социальные ярлыки, которые существенно их стигматизируют. Другая проблема касается терминологического разногласия, так как в различных странах нередко используются разные термины. Так, в Великобритании Министерство здравоохранения в начале 1990-х гг. предложило заменить термин “умственное недоразвитие” (mental handicap) на «неспособность к обучению» (learning disability), не принимая во внимание тот факт, что в остальных странах, в новое понятие не всегда будут вкладывать тот же самый смысл, что и в Соединенном Королевстве. Через некоторое время, после научных дискуссий американская «Ассоциация по вопросам умственной отсталости» пришла к выводу, что целесообразнее оставить термин «умственная отсталость» (mental retardation), определив её как значительное снижение интеллектуального уровня, сопровождаемое серьёзными трудностями в таких сферах как общение с другими людьми, в семье, на работе, а также в

заботе о собственном благополучии, безопасности и здоровье. При этом перечисленные признаки должны проявиться до 18 лет. В некоторых странах, главным образом в Австралии и Канаде, в настоящее время используется термин «низкие способности, связанные с развитием» (developmental disabilities). В России умственную отсталость традиционно принято разделять на олигофрению (врожденный или рано приобретенный интеллектуальный дефект) и деменцию (Исаев Д.Н., 1981; Коробейников И.А., 2002; Сорокин В.М., 2003; Буторин Г.Г., 2004; Петрова В.Г., Белякова И.В., 2004). В последние годы некоторыми международными организациями и ассоциациями предпринимаются серьезные попытки внедрить термин «снижение интеллектуальных способностей» (intellectual disability), имеющий все основания стать «международным» для обозначения лиц, страдающих умственной отсталостью.

Поскольку продолжительность жизни людей во многих странах существенно увеличилась, возросла и численность лиц зрелого и пожилого возраста с умственной отсталостью. Как отмечают исследователи проблемы, они имеют те же психические и физические проблемы здоровья и потребности в заботе о них со стороны соответствующих служб, что и более молодые пациенты (Исаев Д.Н., 1981; Ковалев В.В. 1995; Janicki P.M., Dalton J.A., 1999). В некоторых странах, таких как Великобритания, Голландия или Австралия, есть психиатры и психологи, специализирующиеся на проблемах психического здоровья людей с умственной отсталостью. Однако в большинстве случаев общие психиатры, педиатры и другие специалисты без соответствующих знаний заботятся о людях и с умственной отсталостью и с психическими расстройствами.

Интерес к проблемам психического здоровья людей с умственной отсталостью способствовал тому, что во многих странах «психиатрия умственной отсталости» стала выделяться в самостоятельную теоретическую и практическую область. Это нашло отражение в росте узко квалифицированных кадров, в повышении качества лечения и реабилитации, научных исследованиях

проблемы, появлении новых учебников, журналов, а также проведении международных конференций, посвященных данной проблеме.

Международные инициативы в данной области включают: работу секций по умственной отсталости в рамках Всемирной психиатрической ассоциации (WPA); создание национальной Ассоциации для лиц с двойным диагнозом¹ в США; работу европейской Ассоциации по проблемам психического здоровья при умственной отсталости; учреждение Специальной научно-исследовательской группы по изучению проблем психического здоровья.

Помощь лицам с умственной отсталостью в большинстве западных стран имеет унифицированную структуру. Как правило, такие службы финансируются из общественных фондов и обеспечивают круглосуточное стационарное размещение пациентов или дневной стационар, организацию трудотерапии, курсы обучения родителей принципам и методам воспитания умственно отсталых детей, а при необходимости определенной медикаментозной терапии. Обычной является ситуация записи в так называемый «лист ожидания» на помещение в стационар, поскольку возможности специализированных служб отстают от спроса на них со стороны пациентов (Jacobson J., 1999; Braddock O., Hemp R., Parish S. et al., 2000). В целом, в таких странах как Великобритания, Франция и США, в настоящее время прослеживается четкая тенденция в стремлении передать всю полноту ответственности и контроля в руки общественных или попечительских советов, которые начинают играть решающую роль в осуществлении не только социальных и реабилитационных программ, но и специализированной помощи (Braddock D., 2001).

Международные организации, фонды и агентства, участвующие в медико-психологическом и социальном сопровождении людей с умственным дефектом, как правило, никогда не разрабатывали руководящие принципы для соответствующих служб. Вместо этого, приоритетное внимание уделялось достижению определенных целей в решении таких вопросов как правомерность

¹ Какой-либо психиатрический диагноз и умственная отсталость

использования психотропных средств, а также точности оценки и диагностики нарушений психического здоровья. В данном контексте достаточно упомянуть различные документы Организации Объединенных Наций, среди них: Всеобщая декларация прав человека, Декларация прав умственно отсталых людей и Декларация прав инвалидов (Allen D., Felce D., 1999; Попов Ю.В., Вид В.Д., 2003).

Достижения клинических подходов выдвинули на первый план потребность в новых системах обслуживания, чтобы поддержать людей с умственной отсталостью, помочь им максимально адаптироваться обществе. Сегодня услуги специалиста должны максимизировать навыки штата и его компетентность, увеличивая вероятность эффективного и успешного лечения, а также обеспечивать основу для обучения, реабилитации, интеграции больных. Попытки придать господствующее значение психиатрическим мерам в оказании помощи умственно отсталым, особенно с серьезными нарушениями интеллекта, оказались, по мнению многих специалистов, весьма неэффективными. При этом практические исследования, анализы и описания клинических случаев выглядят довольно неоднородно. Стало очевидным, что залог повышения качества лечения, ухода и реабилитации заключается в компетентном выборе лучших форм организации как медицинской, так и социально-психологической помощи (Мариничева Г.С., Гаврилов В.И., 1998; Исаев Д.Н., 1995; Bouras N., Holt G., 2000).

В рамках совместного проекта Европейского союза были исследованы сильные и слабые стороны действующих специализированных служб по оказанию услуг умственно отсталым людям в пяти европейских странах: Австрии, Англии, Греции, Ирландии и Испании. Ряд исследований был направлен на изучение особенностей и условий функционирования служб по охране психического здоровья и факторов, влияющих на конечный результат. Результаты показали, что качество и оперативность оказываемой помощи, во многом определяется не столько тяжестью состояния, сколько профессиональным и добросовестным подходом специалистов и

обслуживающего персонала к выполнению своих обязанностей. По заключению комиссии экспертов проекта, это является прямым следствием недостаточно четкой политики и законодательства, отсутствия планирования, а также недостатков при выполнении лечебных мероприятий. В конечном итоге, все это пагубно сказывается как на самих пациентах, так и на жизни их семьи и близких (Holt G., Costello H., Bouras N. et al., 2000).

Еще одна проблема — эмоциональные затраты персонала, работающего с данным контингентом больных. Для её решения были организованы специальные подготовительные курсы, где будущий штат психиатрических отделений обучали управлять и ухаживать за людьми с психическими нарушениями. По мнению специалистов, это помогает персоналу лучше «почувствовать и осознать пользу от своей работы» (Holt G., Bouras N., 1997). Сегодня разработаны гибкие программы обучения, по которым дистанционно могут обучаться целые группы специализированного персонала. Качество обучения обеспечивается высокопрофессиональным профессорско-преподавательским составом различных университетов Европы, Англии и США (Holt G., Bouras N., 1997). Результаты свидетельствуют также о высокой эффективности обучающих симпозиумов, семинаров и конференций, что проявляется, прежде всего, в существенном сокращении психиатрических симптомов (Costello H., Bouras N., Holt G., 2000).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ В ОПТИМИЗАЦИИ

КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

О.А.Васильева

Научно - исследовательский институт психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск; Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Иммунологические исследования при нервнопсихических заболеваниях, имеющих давнюю историю, достигли наибольшего развития в 70е годы прошлого столетия и плодотворны до настоящего времени многочисленными работами зарубежных и отечественных ученых. В Томске, такие исследования были связаны с научной деятельностью ученых императорского Томского Университета и Томского медицинского института (школы проф. Б.И.Баяндурова, П.В. Бутягина, С.П. Карпова, Д.И. Гольдберга, В.Б. Вогралика, А.А. Перельмана, Е.Д. Красика, Н.В. Васильева). Развитие этих исследований шло от установления факта иммунологических нарушений при психоневрологической патологии к попыткам объяснения их генеза и значения для больного. Продуктивным явилось параллельное изучение иммунологических и клинических процессов с позиций реактивности как общебиологического процесса. Значительно активизировались иммунологические исследования психической патологии с открытием в 1981г. НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (научная школа проф. О.А. Васильевой, проф. Т.П. Ветлугиной).

В наших с сотрудниками многолетних исследованиях (1981-2005гг.) проводимых на базе Института психического здоровья ТНЦ СО РАМН(О.А. Васильева, Т.П. Ветлугина, В.Я. Семке, Г.В. Логвинович, Н.А. Корнетов, Н.А. Бохан, Т.И. Невидимова, С.А. Иванова, И.Ю.Карась, Н.К. Найденова, О.А. Никифорова, В.Б. Черненко, В.И. Решетников, В.А. Рудницкий, А.Н. Перевязнюк, С.Б.Селезнев, Л.П. Якутенко и др.) и Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (О.А. Васильева, Ю.В. Попов, С.А. Громов, Н.И. Ананьева, О.Ф. Ерышев, Р.А. Харитонов, В.Б. Слезин, Л.В. Липатова, Б.Г. Бутома, Н.М. Залуцкая, В.А. Михайлов, Е.И. Ефременкова, С.Г. Баженова,

А.Н. Сивцов, А.В. Бочаров, Л.А. Дубинина и др.) мы исходили из современного представления о взаиморегуляции нервной и иммунной систем, их структурном и функциональном сходстве. Можно полагать, что различные патогенные формы, вызывающие патологию той или иной системы практически обуславливают расстройства функций обеих систем.

Как правило, у таких больных диагностируется патология ЦНС, что связано с более или менее четкой манифестацией соответствующего нейропатологического синдрома. Менее четкие признаки иммунологических расстройств, проявляющиеся повышенной восприимчивостью к инфекциям обычно воспринимаются клиницистами как случайные сопутствующие заболевания. Между тем, при многих нозологических формах неврологических и психических заболеваний имеется сочетанная патология нервной и иммунной систем, а не просто случайное совпадение нарушения их состояния. По нашим данным выявлены достаточно однотипные изменения в иммунной системе при изучаемой психоневрологической патологии: угнетение Т-клеточного звена, фагоцитоза, системы интерферона, активация гуморального звена, формирование гиперчувствительности иммуноцитов к нейроантигенам. Больные с патологией лимбико-диэнцефальной системы (диэнцефальный синдром, эпилепсия, закрытая черепно-мозговая травма, тяжелый психоэмоциональный стресс, алкоголизм), а также больные с нарушением дофаминергической системы (паркинсонизм, некоторые формы депрессии и шизофрении) нуждаются в специальном обследовании иммунного статуса для своевременного проведения коррекции при помощи комплекса нейроиммунотерапевтических средств.

Сочетанный характер патологии нервной и иммунной систем определяет их взаимопотенцирующий эффект, что требует повышенного внимания к динамической оценке психоневрологического и иммунологического статуса больного. Болезни нервной регуляции иммунной системы, возникающие при патологии ЦНС, создают предрасположенность к проявлению других факторов (вторичных иммунодефицитарных состояний, хронизация патологии,

терапевтическую резистентность, появление оппортунистических, онкологических и аллергических заболеваний) и потенцируются этими факторами. При дисрегуляторном иммунодефиците может возникнуть порочный круг самоподдерживающихся патологических процессов (воспаление, дистрофия, аутоиммунное повреждение), усугубляются нарушения функций иммунологической защиты. Степень нарушений может быть различна: от иммунного дисбаланса до глубокого иммунодефицита. Оказалось, что при углублении нервно-психических расстройств усиливаются нарушения в системе иммунитета, достигающие наибольшей выраженности при органической патологии мозга, эпилепсии, эндогенной депрессии, шизофрении, осложненном алкоголизме. При невротических расстройствах, психогенной депрессии иммунологические нарушения носят характер дисбаланса и имеют временное проявление (Корнетов Н.А., 1993), но в дальнейшем возникают психосоматические расстройства. Длительное воздействие психотравмирующих факторов и экологических вредностей приводит к затяжному стрессу, декомпенсации иммунной и нервной систем, затяжному течению заболевания, иммунодефициту.

Существенной задачей наших исследований являлась разработка методологических подходов к иммунокоррекции выявленной иммунопатологии. Особо актуальной является разработка комплексной программы иммунореабилитации, а также принципов и методов иммунореабилитации больных с учетом патогенетических особенностей, активности заболевания, длительности протекания процессов, степени функциональных нарушений, наличие осложнений и т.д. При этом очень важно учитывать, чтобы разработанный и применяемый иммунореабилитационный комплекс не превышал адаптационные возможности организма, а используемые медикаментозные и немедикаментозные методы имели одну направленность, но разные точки приложения в иммунной системе. Характерной особенностью иммунозависимых заболеваний с хроническим течением являются глубокие и стойкие нарушения механизмов регуляции и взаимодействия

иммунокомпетентных клеток в процессе иммунного ответа, приводящие к разбалансировке в цитокиновой системе регуляции и вытекающие из этого явления повышенной апоптотической гибели эффекторных клеток.

Следовательно, комплексная программа иммунореабилитации психоневрологических больных с нарушенной функцией иммунной системы должна состоять из многих компонентов и подходов. Она должна предусматривать целевую направленную коррекцию выявленных количественных и функциональных иммунных нарушений на клеточном и субклеточном уровнях. В данном случае можно использовать с помощью медикаментозные и немедикаментозные (экстраиммунных) методы иммунокоррекции, оказывающие множественное действие, которое способствуют процессам восстановления. Наряду с этим, учитывая длительность процесса достижения клинико-иммунологической ремиссии, необходимо создавать условия для достижения пролонгированности положительного действия и его закрепления в процессе иммунореабилитации.

Больные с нарушенной функцией иммунной системы требуют длительной, планомерной дифференцированной и патогенетической иммунореабилитации, соответствующей уровню выявленных клинико-иммунологических нарушений (инфекционный, аллергический, аутоиммунный и других синдромов вторичной иммунологической недостаточности). Применение на всех этапах лечения иммунокорректирующих препаратов специальных методов позволяет, нормализовать иммунный дисбаланс. Проводимая комплексная (на фоне психофармакотерапии) иммунореабилитация должна быть поэтапной и проходить обязательно под контролем иммунологического мониторинга. При рецидивирующем течении болезни поэтапное лечение является патогенетически обоснованным, способствует регрессии или предотвращению прогрессирования патологического процесса и закреплению клинических достижений проводимой иммунотерапии. Предусматривают 3 основных этапа.

Первый этап - стационарный (клинический) проводится с целью постановки достоверного клинического диагноза и установления степени иммунной патологии. Базисная иммунная реабилитация предусматривает собой лечебно-диагностический процесс, направленный на создание необходимых условий для восстановления нарушенных систем иммунного гомеостаза. Важным аспектом является разработка и реализация комплексной терапии, которая ускоряет положительную динамику восстановления и стабилизирует достигнутый эффект.

Второй этап - амбулаторный. Этот этап иммунореабилитации самый длительный и состоит в проведении восстановительного лечения в амбулаторных условиях (восстановительная иммунореабилитация). Она заключается, прежде всего, в сочетанном применении различных комбинаций иммунокорректирующих препаратов и методов, обладающих одной направленностью, но имеющих различные механизмы действия. Она ориентирована на будущее, т.е. на замедление прогрессирования, предупреждение рецидивов и осложнений, а в идеальных случаях на приостановление дальнейшего развития болезни.

Третий этап - санаторно-курортный. Это –поддерживающая иммунореабилитация. Проводиться после исчезновения признаков обострения заболевания и может следовать за клиническим и амбулаторным этапами иммунореабилитации. Этот этап является важным и обязательным этапом в системе иммунореабилитационных мероприятий, позволяющим уменьшить частоту обострений, ускорить процесс нормализации иммунологических показателей, добиться стойкой клинической ремиссии.

Таким образом, стратегия иммунореабилитации психоневрологических больных с нарушенной функцией иммунной системы состоит в ее комплексности с психофармакотерапией и учете патогенетических особенностей развития заболевания. Тактика иммунореабилитации таких пациентов предусматривает совокупность средств и приемов, направленных на достижения главной цели - восстановление нарушенных функций иммунной

системы и, следовательно, улучшения здоровья и качества жизни психоневрологических больных.

НЕКОТОРЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ КОРНИ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАВОСЛАВИИ.

Л.Д. Волкова, Е.В. Караваева .

*Томский государственный педагогический институт
Сибирский государственный медицинский университет (Томск).*

Православие, пришедшее в Киевскую Русь при князе Владимире (988 г.), несло в себе традиции не только греческой, но и восточной духовной культуры. Вместе с православием на Руси получил распространение так называемый “исихазм”. Это термин греческого происхождения “ихсихия”, означает “покой”. Исихазм связывают с именем Солунского архиепископа Григория Паламы, жившего в четырнадцатом веке нашей эры. Однако исихастские тенденции возникли гораздо раньше на территории Египта и имеют непосредственное отношение к основателям восточного монашества: Антонию и Пахомию, именуемых, Великими. (Третий век нашей эры).

Говоря об исихазме, необходимо отметить особенности мировосприятия жителями Востока и Запада. Если на Западе исторически сложился рационализм с ярко выраженным индивидуализмом, то на Востоке так же исторически сложился космизм, где личностное начало, “Я”, полностью отсутствовало. Рационализм здесь уступает место стремлению постичь мир интуитивно-подсознательным путем (К.Юнг, 1991)

Монахи-исихасты уходили в пустынные места, “пустыни”, где в полном одиночестве погружались в созерцание мироздания, созданного Творцом. Сам мир являл собою нерукотворный храм, созданный Богом, где каждая “тварь Божья”, будь то животное или человек, имели право на существование. Все живое вершит бесконечное круговращение. Подчиняясь космическому и поэтому вечному закону “ухода-и-возврата”. Все “твари земные” составляют собою мельчайшие частички космического мира, умирающие и вновь

возрождающиеся в вечности. Тема светлой и спокойной грусти этого непрекращающегося потока смертей и рождений характерна как раз для восточных и русских поэтов (Омар Хайям и Сергей Есенин).

Великие старцы Востока, включая сюда и русских монахов-отшельников, уходили “из мира” в леса или в горы, чтобы там, уединившись, постичь тайну божественной мудрости. На Руси хорошо известны имена Сергия Радонежского, Нила Сорского, Серафима Соровского. Обитали они в скитах, находящихся в густом лесу. Навещали их звери лесные, да птицы перелетные, щебетавшие над крышами избушек. Постигание Бога, согласно исихастской традиции, совершалось путем “чистой молитвы”, идущей от сердца. Молитва была “беседой” с Богом, совершаемой в глубокой тайне, т.е. внутренне, в состоянии глубокого покоя, называемого хсихией. Молитва-созерцание возможна при полном отключении внимания от внешних отвлекающих моментов. Погружению в глубины своего духовного мира способствует идиллическая тишина окружающей природы, нарушаемая лишь шелестом листвы, щебетанием птиц, да ритмичным плеском в реке или в ручейке. Осознание личной “самости”, своего “Я”, полностью исчезает, человеческое существо как бы растворяется в спокойной радости окружающего никогда не уничтожаемого мира, подчиненного воле Творца. Наступает внутреннее озарение, проникновение Божественного света в сферу подсознания, отчего исчезают все мирские заботы, превращаясь в “ничто” (.В.И. Лосский,1991) По сути дела, исихасты в совершенстве владели искусством психотерапии. Особое значение они в этом искусстве придавали слову. В русском православии, как и в исламе, слову придается сакральное значение. Только в православных церквях и в мечетях слова молитв украшают фасад и внутренние стены храмов. Православный священник, как и мулла, должен был в совершенстве владеть искусством проповеди и даром слова исцеляющего. Словом лечили, исцеляли больных, наводили на путь истинный страждущих. На Руси существовали известные пустыни, куда люди шли за добрым советом, утешением, в надежде получить исцеление. Особенно славилась Оптиная пустынь (Монастыри...,2004).

Не случайно как раз из среды духовенства выходили прекрасные врачи психотерапевты, имеющие дар слова исцеляющего. Вспомним покойного Дмитрия Дмитриевича Яблокова, профессора- терапевта, одно прикосновение руки и доброе слово которого вселяло в больного надежду на избавление от всех недугов.

Врач, как и священник, должен переносить на себя все физические и душевные страдания людей, обратившихся за помощью. Сама символика одежды священника и врача говорит за себя. Черная ряса первого «впитывает» в себя всю человеческую грязь, а белый халат врача говорит о его нравственной чистоте, о жизни, подобной горящей свече, согревающей души людские и сгорающей ради них.

Вся символика православного храма и службы, идущей в нем, пропитана исихастскими традициями. Ведь сама православная церковь, как и мечеть, воспроизводит своей конструкцией представление наших далеких прадедов о космосе. В основе храмов расположен круг- древнейший символ вечности. У нас нет острых готических шпилей, стрельчатых окон, ярких красок и вычурной лепки европейского барокко- всего того, что вызывает у пришедшего помолиться экспрессивно. Тишина и покой царят в наших храмах, предлагая созерцание и погружение в себя. Купол, парящий где-то высоко, напоминает небесный свод, откуда льются потоки света, озаряющего стоящих внизу прихожан. По стенам вьются побеги, так называемые “Древа Жизни”, пронизывающего, подобно оси, всю вселенную. Царские Врата украшают виноградные лозы с крупными виноградинами, символом сладости учения Христа и напоминая о блаженстве Рая. Синие, зеленые и золотистые оттенки красок, переливаясь, создают тоже состояние воздушности и невесомости всей конструкции церкви. В полумраке мерцают свечи- символ жизни человеческой. Перед иконами, называемыми “окнами в иной мир”, тихо раскачиваются лампы, освещая лики святых. Как и в исламе, в православии запрещено изображать живых людей в натуральном виде. Слово икона и означает по-гречески “ойконе” символ.

Как и у мусульман, в православии отсутствует музыкальное сопровождение службы-органа у нас нет. Утрата не велика, т.к его раскаты заменяют дивные голоса хора или напевной проповеди священника (муллы). Мерный, медленный и успокаивающий распев мелодии молитвы так же служил психотерапевтическим «лекарством», очаровывая и успокаивая душу молящихся. В результате у верующего человека наступал “катарсис”- очищение и просветление души. Все горести оставались за толстыми стенами храма и люди погружались в созерцание величия Того, Кто у верующих всех великих религий называется одним словом- Бог.

К ВОПРОСУ О ВЫЯВЛЕНИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ.

А.В. Горшков

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Для большинства женщин рождение ребенка – особо волнующее, радостное- и часто тревожное событие. Послеродовой период характеризуется более высоким риском развития расстройств настроения, в котором вероятно задействованы хронобиогические эмоционально-вегетативные механизмы, в которые вовлечены нейрональные,эндокринные и иммунные механизмы, иначе материнские эмоциональные реакции не возникали бы с такой высокой частотой как показали эпидемиологические исследования.

Зарубежные исследователи (Moline et al., 2001) описывают два типа депрессивных расстройств в послеродовой период: (1) послеродовая или материнская «хандра» и (2) собственно послеродовая депрессия (ПД).

Материнская «хандра» возникает приблизительно у 50-80 % молодых матерей. Это состояние проявляется колебаниями настроения с беспокойством, раздражительностью или слезливостью с периодами хорошего самочувствия. Также могут встречаться нарушения сна. Симптомы обычно появляются спустя 3-4 дня после родоразрешения, усиливаясь к 5-7 дню, и исчезают к 12-14 дню. Предполагается, что эти изменения связаны с действием окситоцина и предназначены для повышения чувствительности матери к нуждам ребенка,

улучшения качества их взаимодействия в первую неделю (Miller L., 1996). У 20% женщин материнская «хандра» переходит в ПД (Moline et al., 2001)

Частота возникновения ПД в среднем варьирует от 10 до 15% родивших женщин (O'Hara, Swain, 1996) и до 26% среди матерей-подростков. Клиническая картина практически идентична таковой при депрессии возникающей вне послеродового периода, хотя и имеет свои особенности. При ПД чаще встречаются следующие симптомы: чрезмерная тревога о здоровье ребенка; чувство вины, несоответствия новой роли матери; страх потери контроля над собой или "сумасшествия"; страх нанесения вреда ребенку; отсутствие интереса, безразличие по отношению к ребенку; различные навязчивости. ПД описана в DSM-IV-TR как «большой депрессивный эпизод, развивающийся в течение 4 недель после родов». Однако исследователи описывают повышенный риск развития депрессии, по крайней мере, в течение первых 12 недель после родоразрешения. Данные некоторых исследований (Harris B., 2002) подразумевают более длительный период повышенного риска – до 2 лет.

ПД является одним из самых обычных осложнений вынашивания и рождения ребенка, имеет потенциально серьезные долгосрочные неблагоприятные последствия для матери, ее семьи и развивающегося ребенка. (Stephanie B., Judtih L., 2000) и рассматривается как фактор, воздействующий на развитие ребенка в ранний период его жизни и частично определяющий его будущее. В исследованиях, в которых оценивались отдаленные последствия депрессии у матери, выявлены многочисленные нарушения психоэмоционального развития у детей. (Kurstjens S., Wolke D., 2001).

В России проблема расстройств настроения в послеродовой период малоизучена, имеются лишь единичные работы с противоречивыми данными, несравнимыми с аналогичными исследованиями проводимыми за рубежом. В связи с этим нами было предпринято пилотное исследование с целью получения предварительных данных по данной теме, поскольку в Томской области в

настоящее время группа ученых работает по проблеме , связанных с репродуктивными показателями.

Группа исследуемых состояла из 30 женщин, находящихся в периоде от 2-х месяцев до 1 года после родов. Исследование женщин проводилось на базе педиатрической поликлиники, во время планового осмотра ребенка педиатром. В качестве скринингового инструмента использовалась «Эдинбургская шкала послеродовой депрессии» (Cox JL, 1987). После краткой инструкции педиатра, женщина самостоятельно в течение 5-10 минут заполняла шкалу. В дальнейшем, с набравшими критическое количество баллов (>10), психиатром проводилось диагностическое клиническое интервью для подтверждения или отвержения диагноза депрессивного эпизода, согласно диагностическим критериям CIDI .

После окончания скрининга лишь четыре женщины набрали более 10 баллов, что говорило о высокой вероятности депрессии. После клинического интервью, проведенного психиатром, ни у одной из них диагноз депрессии подтвержден не был. Причем при анализе всех заполненных шкал в 7 случаях были выявлены противоречащие ответы или пропуски вопросов.

Таким образом, предварительные данные позволяют сделать вывод, что в первую очередь необходимо совершенствование методического подхода, ввиду существования стигмы у женщин (боязнь быть признанной «сумасшедшей», неспособной воспитывать ребенка) и настороженного отношения педиатра к проводимому психиатром исследованию. Данный подход должен предварительно строиться на психообразовательной программе как для населения в целом, так и для медицинских специалистов, работающих с молодыми матерями. Во-вторых, необходимо учитывать, что в современных социо-экономических условиях все внимание матери фиксировано на ребенке, решении насущных жизненно важных проблем (питание, одежда и др.). В-третьих, врачи продолжают рассматриваться ни как партнеры и помощники, а как руководители, обладающие правом на различные санкции вплоть до отлучения матери от своего ребенка.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Н.В.Говорин, Т.П.Злова, В.В.Ахметова

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

В последние годы в концепции реабилитации больных при психических расстройствах особое место занимают ранние реабилитационные мероприятия, направленные на предотвращение заболевания в условиях очевидности его развития. Одним из вариантов такой «предпатологии» являются задержки психического развития разного генеза: и органического, и социально-педагогического.

Нами, в течение нескольких лет разрабатывалась программа реабилитации детей, проживающих в экологически неблагоприятном районе Забайкалья (г.Балей). В результате работы промышленных предприятий происходил выброс в окружающую среду тяжелых металлов-токсикантов (бериллия, свинца, цинка, кобальта, никеля и др.), содержание которых в почве, воде и воздухе многократно превышает предельно допустимые концентрации (Возмилов А.М., 1997). Кроме того, ситуацию осложняет высокий естественный радиоактивный фон.

Проведенные ранее клинико-эпидемиологические исследования показали высокую распространенность у детей в указанном регионе нервно-психических расстройств, в частности задержек психического развития органического генеза (Н.В.Говорин и соавт., 2000).

В исследование были включены 72 ребенка (38 мальчиков и 34 девочки) в возрасте от 3 до 8 лет, у которых была диагностирована задержка психического развития резидуально-органического генеза, что подтверждалось нейрофизиологическим обследованием с применением компьютерного ЭЭГ-картирования. Интеллектуальное развитие детей оценивали при помощи теста

Семаго и адаптированного детского варианта теста Векслера (Панасюк А.Ю., 1973), а также методов нейропсихологической диагностики (Скворцов И.А., Адашинская Г.А., Нефедова И.В., 2000; Семенович А.В., 2002). Учитывая патогенетические механизмы формирования выявленных нарушений, изучены состояние системы «ПОЛ-антиоксиданты» и нейроиммунный статус. Результаты были обработаны методом вариационной статистики, их достоверность оценивали по критерию Стьюдента (t).

Обследуемые дети получили 3-х месячный курс лечебно-реабилитационных мероприятий на базе специализированного отделения ПБ № 1 г. Читы и открытого в апреле 2004 года аналогичного отделения при ЦРБ Балецкого района. Указанные мероприятия включали в себя нейрометаболическую терапию (с применением мозгового цитомедина, кортексина 10 мг/сутки и пантокальцина 1500 мг/сутки), а также антиоксиданты (токоферола ацетат 90 мг/сутки), сосудистые средства (циннаризин 200 мг/сутки), физиотерапевтические процедуры, ЛФК, массаж. Помимо медикаментозных мероприятий, каждый ребенок посещал индивидуальные и групповые занятия у логопеда, дефектолога, психолога, направленные на коррекцию основных психических функций (память, внимание, мышление, речь и моторика).

После проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий наблюдалась отчетливая положительная клиническая динамика, которая проявлялась улучшением когнитивных психических функций. Следует отметить, что наибольшие положительные сдвиги выявлены нами при исследовании кинестетического и динамического праксиса, зрительного и цветового гнозиса, эмоционального реагирования, а также двигательных функций. Для объективизации клинического улучшения была проведена оценка эффективности реабилитации с подсчетом ее коэффициента по специально разработанной карте. Для его оценки у детей определяли показатели нервно-психического развития до и после проведения лечебно-реабилитационных мероприятий по бальной системе от 1 до 4х. Выявлено, что более половины детей выписаны из отделения с высоким (от 1,1 до 2,0) и средним (от 0,7 до 1,0)

коэффициентами эффективности реабилитации. Незначительная динамика (коэффициент эффективности от 0,3 до 0,6) отмечена у детей с выраженными задержками психического развития и краткосрочными курсами лечения.

Наряду с клиническим улучшением, выявлена стабилизация нейрофизиологических показателей в виде увеличения значений спектральной плотности в β -2 полосе частот с наибольшим акцентом в теменно-затылочных зонах коры, что может свидетельствовать о стабилизации обменных процессов в серотонинергической и дофаминергической системах нейрорегуляции и лежать в основе улучшения когнитивной деятельности. Кроме того, выявлена стабилизация показателей неспецифической иммунной и антирадикальной защиты, снижение показателей липопероксидации, концентрации провоспалительных цитокинов IL-6, IL-1 β и TNF- α , а также аутоантител к фактору роста нервной ткани и фермента лейкоцитарной эластазы, что подтверждает уменьшение проницаемости гематоэнцефалического барьера и мозговой гипоксии у обследуемых.

Таким образом, комплексные реабилитационные мероприятия с использованием патогенетически-ориентированного медикаментозного, а также педагогического влияния оказались вполне эффективными и могут быть рекомендованы для применения у детей с органическими задержками психического развития.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гладилина Е.К., Загროмова Т.А., Белобородова Э.И.

Сибирский государственный медицинский университет,

Томский военно-медицинский институт, г.Томск

В современной гастроэнтерологии уделяется недостаточно внимания изучению качества жизни (КЖ) у больных с язвенной болезнью (ЯБ) (Колесникова И.Ю., 2001). Психическое, физическое состояние больного, адаптированность в социальной среде – остаются вне поля зрения врача, тогда

как, изучение этих показателей, может помочь врачу индивидуализировать терапию и получить важную для прогноза заболевания информацию. Ослабление выраженности симптомов, повышение удовлетворенности, ощущение благополучия и комфорта – одни из важнейших результатов медицинской помощи с точки зрения как пациента, так и врача. Сегодня стало очевидным, что субъективное мнение болеющего человека столь же ценно, как и показатели лабораторных и инструментальных методов исследования. В ряде работ указывается, что низкое КЖ у части больных ЯБ имеет большую связь с эмоциональными переживаниями и невротизацией пациента, чем с объективной тяжестью заболевания. Наряду с этим, при ЯБ отмечается высокая распространенность депрессивных и тревожных расстройств, которые оказывают негативное влияние как на длительность и характер течения, так и на исходы заболевания (Загимова Т.А., Корнетов Н.А., 2001). Поэтому изучение влияния коморбидных психических расстройств на качество жизни и социальную адаптацию (СА) пациентов с ЯБ является существенным в оценке закономерностей развития и течения этого заболевания.

Целью исследования являлось изучение частоты встречаемости тревожных и депрессивных расстройств у больных с ЯБ, оценить влияние коморбидных психических расстройств на качество жизни пациентов и адаптацию в социальной среде.

Было обследовано 60 больных ЯБ желудка и ДПК в фазе рецидива и 35 здоровых добровольцев, составивших контрольную группу. Группы обследованных, были рандомизированы по полу, возрасту, социальному статусу. Наличие и выраженность тревожных и депрессивных расстройств оценивались с использованием опросника Бека и шкалы тревоги Шихана, согласно международным диагностическим стандартам. Для исследования КЖ использовали анкету по оценке качества жизни (GIQLI). Интерпретацию результатов проводили по следующим субшкалам: восприятие собственного здоровья, психическое состояние, физическое состояние, социальное функционирование, ролевое функционирование. Суммарный показатель КЖ

составлял сумму баллов по основным 5 субшкалам, максимально высокой оценкой являлась сумма в 144 балла. Адаптация пациентов в социуме оценивалась с использованием шкалы самооценки социальной адаптации (Bosc M. Et al., 1997г.). При этом диагностировалось IV уровня адаптации: I уровень – социальная дезадаптация (социальное разочарование) (22 балла); II уровень – затрудненная адаптация (23-35 баллов); III уровень – хорошая адаптация (36-55 баллов); IV – высокий уровень адаптации (выше 55 баллов).

При анализе материала и его интерпретации у больных ЯБ значительно чаще встречались тревожные и депрессивные расстройства по сравнению с контрольной группой. Аномальный уровень тревоги был отмечен у 18 пациентов с ЯБ и 3 человек контрольной группы (30,0% и 3,8%, $p < 0,001$), у 20 пациентов и 4 человек контрольной группы отмечен уровень депрессии, соответствующий клиническому нарушению (33,3% и 11,4%, $p < 0,001$). Сопоставление показателей КЖ во всей группе больных ЯБ и в контроле показало, что имеется снижение показателей всех шкал в группе больных. В вопросах влияния симптомов ЯБ на психическое состояние пациенты набрали наименьший балл: они чаще отмечали угнетенность, подавленность, раздражительность. Достоверно были снижены в группе больных показатели физической активности и восприятие собственного здоровья. Пациенты чаще отмечали снижение работоспособности, выносливости, снижение эффективности своего труда, указывали на наличие выраженного болевого и диспепсического синдромов. Суммарная оценка КЖ у больных ЯБ (91,3 балла) также была достоверно ниже, чем в контрольной группе (136,0 баллов). В группе больных с коморбидной тревогой отмечено более значительное снижение показателей всех шкал. Сопутствующее тревожное расстройство значительно влияло на социальное функционирование пациентов: они указывали на ухудшение отношений с близкими людьми, снижение способности к труду, снижение сексуальной активности. Суммарная оценка КЖ была также существенно снижена (79,9 баллов). Характер изменений отдельных показателей КЖ у больных при коморбидной депрессии несколько отличался от

больных с сопутствующей тревогой. Так, депрессия вызывала существенное ухудшение восприятия собственного здоровья пациентами, психического и физического состояния, ролевое функционирование. Больные с коморбидной депрессией отмечали постоянное ощущение усталости, придавали большее значение факту наличия у них язвенной болезни, отмечали угнетенность, подавленность. Исследуя социальную адаптацию у пациентов с ЯБ, мы установили снижение уровня адаптации у больных ЯБ с коморбидными психическими расстройствами. В группе больных ЯБ с коморбидной тревогой и депрессией выявлена социальная дезадаптация, средний балл $32,3 \pm 1,9$ и $31,7 \pm 1,9$ соответственно. Группа пациентов ЯБ без сопутствующих психических расстройств обнаружила хороший уровень социальной адаптации, средний балл $36,4 \pm 1,6$.

Таким образом, обследованная группа больных с ЯБ оказалась неоднородной в зависимости от наличия коморбидных психических расстройств. Тот факт, что КЖ и СА больных ЯБ с коморбидными психическими расстройствами существенно страдает, заслуживает внимания. Это заставляет врача вносить психотерапевтические, а в ряде случаев, и психофармакологические коррективы в лечение пациентов с ЯБ. Необходимо иметь в виду, что низкое КЖ пациентов с ЯБ, не соответствующее объективной тяжести заболевания, может быть обусловлено коморбидным психическим расстройством. Таким образом, если обратить внимание на накопление все новых фактов и работ, посвященных им, то понятие мультифакториальности многих заболеваний во многом связаны с деятельностью мозга, нейрональных сетей, психическими процессами, протекающими на протяжении жизни человека в социальной среде, психосоматическими взаимоотношениями, носящими не конгломеративный, а познаваемый клинико структурный анализ. Накопления этих данных могут со временем привести к более разработанной первичной профилактике, пониманию коморбидности психических и соматических расстройств, при которых в части из них будет найдены

патогенетические связи, а в другой части лечения потребует соматическое заболевание и психическое расстройство

ИНТЕГРАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ПЕРИОД МОНЕТИЗАЦИИ ЛЬГОТ

Т.Н.Горн

*Муниципальная специальная (коррекционная) общеобразовательная школа
№39, VIII вида г.Томск.*

Мы идём к новому информационному обществу, у которого новые возможности и законы. На современном этапе в странах с рыночной экономикой в отношении лиц с ограниченными возможностями наблюдаются тенденции интеграции их в общество и реабилитации, потому что они больше следуют Конвенциям по правам человека, ребёнка. Ещё в 2003 году специальный комитет ООН работал по выработке Конвенции прав инвалидов. В нашей стране как отмечает А.В. Голубев (2004) родители ребёнка-инвалида по постановлению №861 имеют право на компенсацию затрат по обучению, по приспособлениям, облегчающим жизнь ребёнка-инвалида через социальную защиту, но не получают, например, в нашей школе, само постановление найти не удалось. В Томске в основном уделяют внимание обучению, но этот процесс еще не развернут до уровня партнерства, соответствующий правам детей .

Эти школы сыграли свою положительную роль в привлечении внимания общества к проблемам детей-инвалидов с тяжелой патологией и их родителей, облегчили участь родителей. Но сейчас в системном подходе к воспитанию, в соответствии с Конвенциями надо различать психические и поведенческие расстройства, лечить их в местах приближенных к месту жительства, при школах и дома, если позволяет состояние и одновременно заниматься реабилитацией и интеграцией их в общество. Не всегда родители хотят лечить ребёнка пока он маленький, а потом бывает поздно, надо лечить со взрослыми, тем самым возникает порочный круг. В условиях образовательных школ

реабилитация проблематична, но интеграция при нетяжелых психических нарушениях возможна и нужна. Всегда следует обращать внимание ребёнка и родителей на проявления расстройств с проведением психобразовательных программ, чтобы быстрее шла адаптация, ребёнок мог приспособиться и быть как все. Дети в этих состояниях обидчивы, не понимают шуток, поэтому они всегда должны чувствовать уважение и доверие к себе. В соответствии со временем в нашей школе стали уделять внимание социализации личности, выпускников, интеграции их в общество. Дети домашнего обучения, благодаря директору школы Голенцевой З.И., посещают мастерские (гипсолепечная, столярная, ткацкая) совместно с «незабудкой» на базе школы, посещают праздники. Школа очень активно принимает участие, в специальной Олимпиаде России, создан «Семейный клуб», проводили спортивные встречи, областные соревнования этой Олимпиады в школе. И самое главное, наша команда под руководством Обухова С.А., ездила на соревнования в Санкт-Петербург по плаванию в апреле этого года, привезла золотую, две серебрянных и три бронзовых медалей. По жизни мне пришлось заниматься реабилитацией инвалида и его интеграции в общество, с помощью томских специалистов, церкви. И должна отметить, что в 90-е годы в системе образования были неудачные специалисты: валеологи, психологи с инженерным или поверхностным образованием, использовалось вредное квазиучение Луизы Хей, Хабборта, при русской психологии людей и менталитете, что привело к заболеваниям детей во время дефолта, перестройки. Надо отметить положительный опыт Центра довузовской подготовки Томского Политехнического Университета совместно с мэрией в реализации программы «Перспектива-Диво», по интеграции инвалидов в общество. Наличие личного социального педагога, в моём лице, позволило одному из слушателей программы поступить в ВУЗ, сдать экзамен ЕГЭ. Это было очень не просто. Учителя были хорошие, но в программе не совсем учитывались медицинские аспекты (состояние здоровья слушателей), особенности мыслительных функций слушателей (речи, памяти, внимания, усвоение учебного материала), из-за чего

кратковременных, одноразовых курсов мало. Инвалиды усваивают материал медленнее, к сожалению дольше. Хотя окончательных итогов программы я не знаю. Надо учитывать родительскую усталость, о чем газета «Нью-Йорк Таймс» писала ещё в 90-е годы. Совокупность социальных условий падающих на большое количество населения следующее: низкий уровень жизни семей, организация быта, жилищные условия, наличие компьютера и Интернета. Также в современных условиях значительные затраты на учебу при низких доходах родителей ложится на них тяжелым грузом.

Социальные условия в нашей стране не позволяют большинству инвалидов интегрироваться в общество, когда правительство экспериментирует с незащищенными слоями населения (монетизация льгот). Из-за этого снизился уровень жизни семей, особенно с тяжелыми инвалидами-школьниками. Потому что из пенсии ребенка (ниже прожиточного минимума) ежемесячно нужно потратить 800 рублей на транспорт, на поездки родителей с детьми в школу, ведь такие дети сами не могут ездить, кроме этого подорожали коммунальные услуги, нужно покупать лекарства. Но самое удивительное отметила профсоюзная газета «Действие», прожиточный минимум 2005 года в Томске, меньше по количеству продуктов и наименований, чем у военнопленного 1941 года. Жить не возможно в информационном обществе на уровне полувековой давности. При монетизации льгот родители школы были в растерянности. Хотя был оформлен стенд и работала группа преподавателей индивидуально с большинством родителей. На качественно низком уровне жизни семей (когда нет мыла, будильников, радио, газет, бытовой техники, жилья) ни социализация, ни интеграция и ни реабилитация невозможны. Родители и дети устали от перемен, утрачивают способность адаптироваться. Жизнь не подвиг, чтобы каждый день превращать ее систему тренировки выживания.

К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНЫХ СВЯЗЯХ ПРЕДМЕННОСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА С ПСИХИЧЕНСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.Д.Евтушенко, Я.С. Зинкевич

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Предменструальный синдром (ПМС) – это циклическое изменение настроения и физического состояния женщины, наступающее за несколько дней до менструации, нарушающее привычный образ жизни и работоспособность, чередующееся с периодами ремиссии. ПМС является субсиндромальным проявлением предменструального расстройства настроения которое относится к одному из подтипов депрессивных расстройств. При обоих состояниях в в большей или меньшей степени проявляются циклические изменения в организме женщины репродуктивного возраста и ее психическое состояние [Гиндикин В.Я., 1997; Дубницкая Э.Б., 2001; Freeman E.W., 2004]. Психические нарушения в структуре этого синдрома являются обязательными, а в ряде случаев – доминирующими. До настоящего времени дискутируется вопрос – является ли ПМС психическим, особенно в случае преобладания аффективных расстройств, или эндокринным нарушением [Halbreich U., 1995].

Многие авторы уделяют внимание тому, что у 80% пациенток происходит ухудшение психического состояния в предменструальном периоде [Freeman E.W., 1995; Landen M., Eriksson E., 2003]. У женщин репродуктивного возраста раннее клиническое проявление психических заболеваний часто возникает в структуре ПМС. Симптомы предменструального синдрома (ПМС) могут маскировать манифестные этапы психических заболеваний, что затрудняет диагностику и начало своевременной адекватной терапии.

Н.А. Тювина (1983), проведя работу о связи ПМС с психическими заболеваниями, выявила, что у женщин, страдающих невротическими расстройствами, ПМС встречается в 81,4% случаях, при психопатиях в 68,3%, при органическом поражении ЦНС с психическими нарушениями в 100% случаев.

Цель данного исследования была изучить коморбидную связь ПМС с психопатологическими расстройствами у пациенток, обращающихся к гинекологу.

Было обследовано 75 женщин в возрасте от 19 до 41 года (средний возраст $27,3 \pm 1,0$ лет). Критерии включения в группу были следующие: 1) наличие ПМС; 2) возраст с 18 и до 41 года; 3) наличие регулярного нормального менструального цикла продолжительностью от 25 до 35 дней; 4) отсутствие беременности на время исследования; 5) отсутствие эндокринных заболеваний; 6) отсутствие медикаментозных назначений для лечения соматических, гинекологических или психопатологических расстройств за исключением эпизодического приема болеутоляющих средств.

Для достижения цели были использованы следующие методы: анамнестический; клинический; клинико-психопатологический, который включал анализ наблюдаемого расстройства с использованием диагностических критериев международной классификации болезней (МКБ-10, 1994) с использованием клинических шкал и статистические методы исследования.

По результатам обследования в каждой группе условно было выделено две подгруппы. К первой подгруппе были отнесены женщины с ПМС с тревожно-депрессивными расстройствами в фолликулиновую фазу менструального цикла, нарастающими в лютеиновую фазу (37 человек). Вторую подгруппу составили 38 пациенток, у которых тревожно-депрессивные расстройства наблюдались только в лютеиновую фазу менструального цикла.

Длительность ПМС в I подгруппе составила от 1,5 до 8 лет (в среднем $4,28 \pm 0,4$ года), во II – от 0,5 до 5,5 лет (в среднем $2,96 \pm 0,2$ года) ($p=0,02$). Симптомы ПМС начинали беспокоить женщин первой подгруппы за $10,73 \pm 0,5$ дня до начала менструации, во второй – за $7,95 \pm 0,5$ дня ($p=0,00015$).

При анализе психического состояния пациенток с ПМС психопатологические симптомы проявлялись в основном тревожными и депрессивными нарушениями. Именно в лютеиновой фазе происходила

декомпенсация психического состояния: появление психопатологических нарушений, усиление аффективных и тревожных расстройств.

На момент обследования женщин с ПМС были выявлены коморбидные сочетания ПМС с преимущественно фобическими специфическими тревожными и расстройством адаптации. Обращает на, себя внимание, что из 75 обследованных пациенток с ПМС у 32 (42,67%) были диагностированы невротические расстройства. В первой подгруппе они были выявлены у 24 (64,86%) пациенток, во второй – у 8 (21,05%) ($p < 0,0005$).

Специфические фобии (F 40.2) диагностировались только в I подгруппе у 4 (10,81%) женщин и проявлялись боязнью высоты. Фобии развились в подростковом возрасте и сохранялись на момент обследования (рис.1).

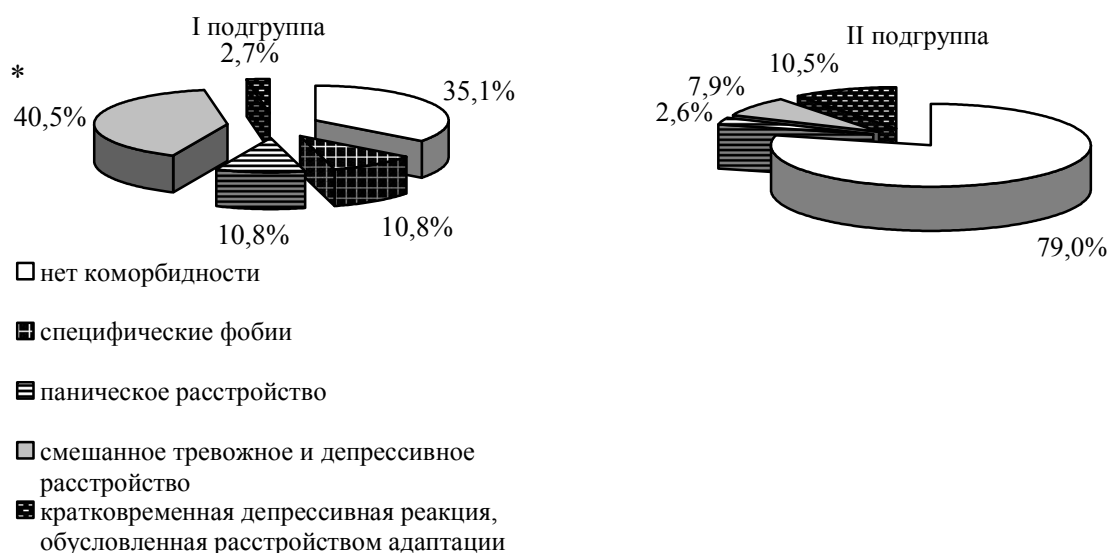


Рис. Удельный вес коморбидных состояний у пациенток с ПМС двух подгрупп.

Примечание к рис: * – статистическая значимость различий показателей между подгруппами принята при p – уровне менее 0,005 (критерий Хи-квадрат Пирсона).

Паническое расстройство (F 41.0) было выявлено в первой подгруппе у 4 (10,81%) и у – 1 (2,63%) женщины с НПФПМС во второй подгруппе. У пациенток наблюдались спонтанные, повторяющиеся непредсказуемые приступы тяжелой тревоги, не ограничивающейся определенной ситуацией или обстоятельствами, и сопровождалась страхом и вегетативными симптомами

(тахикардией, одышкой и потливостью), которые приводили к тому, что пациентки быстро покидали место, где находились и спешили домой.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) было диагностировано, когда присутствовали симптомы, как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являлись отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы поставить диагноз, и имелись вегетативные симптомы (такие как сердцебиение, сухость во рту и одышка). В первой подгруппе данное расстройство сочеталось с НПФПМС у 15 (40,54%) пациенток, во второй – у 3 (7,89%) ($p=0,002$).

Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.20), фиксировалась в I подгруппе у 1 (2,7%) и во II – у 4 (10,53%) пациенток с ПМС. Расстройство приспособительных реакций, препятствовало социальному функционированию и продуктивности. Оно возникло в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессу (миграция, переживание разлуки и смена социального статуса), на фоне индивидуальной предрасположенности или уязвимости. Основными жалобами, предъявляемыми женщинами, были: транзиторное депрессивное состояние, не превышающее 1 месяца, слабо выраженная тревога, беспокойство, неспособность справляться, планировать или продолжать оставаться в ситуации и снижение продуктивности в повседневных делах.

У 13 (35,14%) женщин с ПМС первой подгруппы и у 30 (78,95%) – второй подгруппы были выявлены акцентуированные личностные особенности, которые, однако, не нарушали адаптацию пациенток в обществе ($p=0,0003$).

Преобладающей была демонстративная акцентуация личности в I подгруппе у 6 (16,22%) и у 17 (44,74%) пациенток с ПМС – во второй ($p=0,003$). Она проявлялась театральным, экстравертированным поведением у эмоциональных личностей. Отмечались внушаемость, легкое влияние окружающих или обстоятельств, чрезмерная озабоченность физической привлекательностью и использование манипулятивного поведения для удовлетворения своих потребностей.

Три пациентки в первой подгруппе (8,11%) и 8 – во второй (21,05%) отличались сенситивностью, стеснительностью, обостренным чувством собственной неполноценности, жаловались на чувство напряженности и тяжелые предчувствия и избегали публичных выступлений (сенситивная акцентуация).

Психастеническую акцентуацию личности наблюдали у 1 (2,7%) женщины I подгруппы и у 5 (13,16%) пациенток с ПМС второй подгруппы. Характерными их чертами были тревожность, нерешительность, быстрая утомляемость, раздражительность, любовь к порядку, правилам, законам, опрятности, подробностям и стремление к совершенству, препятствующее завершению задач. Эти пациентки серьезно относились к обследованию, подробно и длительно описывали свое состояние, скрупулезно заполняли предлагаемые опросники. О себе говорили, что в общении не способны к компромиссам и поэтому их «не любят». Все, что угрожало изменением привычных стереотипов, вызывало у них тревогу и беспокойство.

У трех (8,11%) пациенток с ПМС в первой подгруппе был диагностирован циклоидный тип акцентуации. Для этих женщин был характерен большой диапазон эмоциональных состояний. Они легко приходили в восторг от радостных событий и в полное отчаяние от печальных.

Таким образом, из 75 обследованных пациенток с ПМС у 32 (42,67%) были диагностированы невротические расстройства. У женщин с ПМС первой подгруппы достоверно чаще встречалась коморбидность с невротическими, связанными со стрессом расстройствами, чем во второй подгруппе ($p < 0,0005$). У женщин с ПМС с тревожно-депрессивными расстройствами в фолликулиновую фазу менструального цикла, нарастающими в лютеиновую фазу, преобладало смешанное тревожное и депрессивное расстройство ($p < 0,005$). Причем такое расстройство, как кратковременная депрессивная реакция, несомненно, наслаивалась на длительно протекающие, нескольких лет ПМС. У пациенток тревожно-депрессивные расстройства у которых наблюдались только в лютеиновую фазу менструального цикла, значительно чаще выявлялась

демонстративная акцентуация личностных черт ($p=0,003$). Полученные данные показывают, что предменструальный синдром, как субсиндромальная форма предменструальных расстройств настроения является уязвимым периодом, в результате которого со временем развиваются различные психические расстройства. Одна из задач исследований группы женщин с предменструальным синдромом заключается в четком выделении других психических расстройств и их условий формирования в многомерном изучении различных особенностей обследуемых и наблюдающейся симптоматиологии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН С ВТОРИЧНОЙ НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ АМЕНОРЕЕЙ И ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ

И.Д. Евтушенко, С.П. Погорелая

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Аменорея и олигоменорея являются симптомами нарушений в репродуктивной системе женщины. Причиной этих состояний являются центральные и периферические эндокринные изменения, нервно-психические факторы, генетические нарушения, повышенная физическая активность и изменения массы тела [Дедов И.И., 1995; Айламазян Э.К., 2004].

С позиции диагностики и лечения интерес представляет гипоталамо-гипофизарная дисфункция – II группа нарушений менструального цикла по классификации ВОЗ, в которую включены женщины с вторичной аменореей и олигоменореей, с нормальным базальным уровнем гонадотропных гормонов гипофиза и пролактина в сыворотке крови и отсутствием органического поражения эндометрия [ВОЗ, 1976; Кулаков В.И., Авакян и др., 2001; Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова, 2004; Kletzky O., 1975; Runnebaum B., 1997].

Обилие нервных связей гипоталамуса и других структур ЦНС обеспечивает взаимодействие в нейрогуморальной системе организма. Психологические факторы являются сильными стимулами, влияющими на

регуляцию репродуктивной системы женщины [Йен С.С.К., Джаффе Р.Б., 1998; Новак Э., 2002]. С другой стороны, нарушения в репродуктивной системе могут вызвать тревожные нарушения, эмоциональное напряжение. Является известным факт тормозящего влияния стресса на менструальный цикл посредством ингибирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси [Xiao E., Sanders K., 1999; Ferin M., 1999; Young E., Midgley A. et al., 2000; Harlow B.L., 2003].

Исследования, посвященные изучению психических расстройств у женщин с вторичной аменореей и олигоменореей, не многочисленны [Шевчик Н.В., 2002; Nappi R., 2003].

Таким образом, актуальными являются вопросы взаимосвязи психологических факторов и репродуктивной функции женщины.

Целью исследования было изучение клинико-психологических особенностей женщин с вторичной нормогонадотропной аменореей и олигоменореей.

Выявление ведущего психопатологического синдрома и исследование уровня тревожных и депрессивных расстройств было проведено у 57 женщин с вторичной нормогонадотропной аменореей и олигоменореей, составивших основную группу. Длительность отсутствия менструаций варьировала от 2 месяцев до 2,5 лет и была, в среднем $5,8 \pm 4,4$ месяца. В группу сравнения были включены 38 женщин с регулярным менструальным циклом, не использующие гормональную контрацепцию; длительность менструального цикла была $28,8 \pm 2,7$ (от 24 до 35) дней, продолжительность менструаций $5,5 \pm 1,2$ дней [ВОЗ, 1997]. Исследование было проведено согласно добровольности обследования в соответствии с Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Женщины с вторичной нормогонадотропной аменореей и олигоменореей и женщины с регулярным менструальным циклом были идентичны по возрасту – $23,2 \pm 4,8$ лет в основной группе и $24,5 \pm 4,0$ в группе сравнения.

В работе использовались клинико-психопатологический метод и экспериментально-психологическое исследование с применением шкал: Монтгомери-Асберга (MADRS) – для оценки уровня депрессии, Цунга (ZSDS) – для самооценки уровня депрессии, Спилбергера-Ханина (STAI) – для самооценки уровня реактивной и личностной тревожности, Бека (BDI-SF) – для самооценки уровня депрессии, Шихана (SPRAS) – для самооценки уровня тревоги.

Указанные шкалы опроса используются не только психиатрами, но и врачами общей практики для диагностики тревожных и депрессивных расстройств. Шкалы прошли исследование на внешнюю и внутреннюю валидность, сравнительную валидность с другими шкалами, чувствительность (W.W.K. Zung, N.C. Durham, 1965; Beck, A.T., 1974; Biggs, J.T., 1978; Montgomery, S.A., 1979; Knight, R.G., 1984; Foelker, G.A. Jr., 1987; K.F. Quek, W.Y. Low, 2004; K. Kvaal, I. Ulstein, 2005)/ На момент обследования предъявляли жалобы 51 (89,5%) из 57 женщин основной группы и 32 (84,2%) из 38 группы сравнения.

Диапазон эмоциональных расстройств и расстройств настроения в большинстве наблюдений не различался по частоте между группами, жалобы на нарушение сна достоверно чаще встречались в основной группе ($P=0,00014$, χ^2 -квадрат Пирсона с поправкой Бонферрони, критический уровень значимости 0,001), а чувство боязни неудач – в группе сравнения ($P=0,033$, χ^2 -квадрат Пирсона с поправкой Бонферрони, критический уровень значимости 0,05). В обеих группах женщины не связывали нарушение сна с соматической патологией или со стрессовыми воздействиями.

Ведущими психопатологическими синдромами клинического (синдромального) уровня в обеих группах были депрессивный и тревожный.

На основании выявленных жалоб была проведена стандартизация выявленных нарушений согласно рубрикам F30-F39 и F40-F48 МКБ-10. Субъективно 8 (14,0%) женщин с вторичной нормогонадотропной аменореей и оли-гоменореей отмечали в своем состоянии признаки депрессивного

состояния. Клиническое обследование и оценка с использованием шкалы Монтгомери-Асберг показали только у 4 (7,0%) женщин наличие депрессивного эпизода легкой степени, классифицированного у 3 как кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20, МКБ-10), у 1 – пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.21, МКБ-10). При детальном расспросе женщин выяснено, что симптомы депрессивных расстройств присутствовали у 3 женщин в течение 1 месяца, у 1 — в течение нескольких месяцев. Пациентка связывала возникновение нарушений цикла с имеющейся депрессией (однако, нарушения менструального цикла у этой женщины наблюдались с периода полового созревания).

В группе женщин с регулярным менструальным циклом 6 (15,8%) женщин субъективно расценивали свое состояние, как депрессивное, но только у 1 была выявлена кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20, МКБ-10).

У 15 (26,3%) женщин основной группы и 6 (15,8%) группы сравнения выявлено генерализованное тревожное расстройство (F41.1, МКБ-10). Чувство тревоги беспокоило их в течение нескольких месяцев, года и более, сопровождалось сердцебиением, головокружением, потливостью и дискомфортом в эпигастральной области. У 2 женщин тревога присутствовала несколько лет, течение, ее имело волнообразный характер, у 1 женщины симптомы тревожных расстройств наблюдались несколько месяцев, но не было периодов ремиссии.

Все женщины основной группы не связывали тревожные расстройства с нарушением менструального цикла.

Результаты экспериментально-психологического исследования женщин обеих групп представлены в табл. 1.

Табл. 1

Уровень депрессии и тревоги у женщин с вторичной нормогонадотропной аменореей и олигоменореей и у женщин с регулярным менструальным циклом

Шкала (средний балл)	Основная группа (n=57)	Группа сравнения (n=38)	P
Монтгомери-Асберга (оценка депрессии)	6 / 2; 10	4 / 2; 7	0,107
Цунга (самооценка депрессии)	35 / 30; 40	35 / 31; 38	0,981
Спилбергера-Ханина (РТ) (самооценка реактивной тревожности)	25 / 17; 33	26 / 19; 34	0,810
Спилбергера-Ханина (ЛТ) (самооценка личностной тревожности)	44 / 38; 50	43 / 38; 48	0,847
Бека (самооценка депрессии)	16 / 14; 18	15 / 14; 18	0,813
Шихана (самооценка тревоги)	19 / 8; 32	16 / 12; 22	0,282

Продолжение табл. 1

Примечание: данные представлены в виде медианы /25% и 75% квантили

p – достигнутый уровень значимости, тест Вальда-Вольфовитца. Отсутствие статистически значимых различий между основной группой и группой сравнения, критический уровень значимости 0,05.

Средний балл, определяемый по шкалам оценки и самооценки уровня, депрессивных и тревожных расстройств, достоверно не различался в основной группе и группе сравнения (табл. 1).

Таким образом, в группе женщин с вторичной нормогонадотропной аменореей и олигоменореей и в группе женщин с регулярным менструальным циклом ведущими психопатологическими синдромами были депрессивный и тревожный. В основной группе чаще, чем в группе сравнения, отмечено генерализованное тревожное расстройство. Тревожные расстройства не отождествлялись у женщин основной группы с имеющимися нарушениями менструального цикла. При экспериментально-психологическом исследовании диагностирована умеренная и высокая личностная тревожность, достоверных различий с группой женщин с регулярным менструальным циклом не выявлено.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СИСТЕМЕ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ПРАКТИК

А.В. Елисеев,

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Многолетнее изучение детей, испытывающих трудности в обучении позволило в середине 60-х годов сформулировать отечественным авторам концепцию «задержки психического развития» (Сухарева Г.Е., 1955, 1965, 1974; Певзнер М.С., 1966, 1974; Ковалев В.В., 1974 – 1995 и др.). Психиатрический диагноз «задержка интеллектуального развития» в V разделе МКБ-9 (адаптированный вариант) позволяет педагогам объяснить увеличение числа учащихся, не справляющихся с программой общего образования, ростом психических расстройств среди школьников (Лебединская К.С., 1969, 1980; Лебединский В.В., 2003; Шевченко С.Г., 2004). В связи с этим в рамках государственной системы специального (коррекционного) образования была разработана идеология и создана программа обучения детей с «ЗПР».

С 1981 года в рамках специального образования началось обучение детей с «задержкой психического развития» в классах «выравнивания» (в настоящее время классах VII вида) общеобразовательных школ. Основным показанием к направлению в такие классы, до сегодняшнего дня, является диагноз «задержка психического развития церебрально-органического генеза». За 12 лет (с 1990/1991 учебного года по 2002/2003 учебный год) число учащихся в классах VII вида в России увеличилось в пять раз – с 44,9 тыс. человек до 224,6 тыс. человек (Шипицына Л.М., 1997; Белявский Б.В., 2000; Волосовец Т.В., 2003). Отмечающийся педагогами рост числа детей с «ЗПР» в системе коррекционно-развивающего обучения должен быть дополнен комплексной клинической оценкой психического состояния школьников с позиций современной классификации (МКБ-10). Одной из рабочих гипотез нашего исследования являлось предположение, что учащиеся с психическими расстройствами, обучающиеся в массовых и коррекционных классах общеобразовательных школ, отличаются по клиническим характеристикам.

Из 1943 детей с психическими расстройствами, состоявших в 2002 году на учете в медико-педагогическом центре (МПЦ) Томской областной клинической психиатрической больницы (ТОКПБ) по двум районам г. Томска (Кировский и Октябрьский районы) 1158 являются учащимися общеобразовательных школ. Остальные дети были дошкольного возраста или учатся в школах-интернатах, вспомогательных школах. Из 1158 школьников 671 человек обучается в массовых классах (1 – группа) и 487 учащихся получают образование в классах VII вида (2 – группа). Общие сведения о структуре болезненности, по данным медицинской документации МПЦ на начало исследования показали, что ведущее место среди всех психических расстройств у школьников состоящих на учете в МПЦ занимают расстройства психологического (психического) развития, удельный вес которых в первой группе составил 41,1%, а во второй – 93,4%.

Расстройства психологического (психического) развития (F8), имея общие признаки (ранее начало, постоянное течение и особенности биологического созревания центральной нервной системы), не являются клинически однородными состояниями. В раздел F8 включены две группы психопатологических феноменов, которые скорее имеют больше различий, чем сходства. Они представлены расстройствами психического развития (F80-F83 и F88-F89) и общими расстройствами развития (F84). В «Многоосевой классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте» (2003) эти группы отнесены к различным Осям. Общие расстройства развития (F84) включены в Ось I «Клинические психопатологические синдромы», а расстройства психического развития – в Ось II «Специфические расстройства психического развития».

По данным диспансерного учета самым распространенным диагнозом у учащихся из классов VII вида была неспецифическая остаточная диагностическая категория «другие общие расстройства развития» (F84.8). Этот диагноз в 2,5 раза чаще встречался у школьников из второй группы, чем из первой. Именно для данного расстройства ни в одной из версий классификации

психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (Клинические описания и указания по диагностики, 1994; Исследовательские диагностические критерии, 1994; Классификация психические расстройства и расстройства поведения, адаптированная для использования в Российской Федерации, 1998; Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте, 2003) нет клинического описания и, по сути, оно является остаточной диагностической категорией. Выявленные статистически значимые различия ($p < 0,001$) по распределению этих расстройств среди учащихся 1-ой и 2-ей групп, позволяют сделать вывод, что синдромальная рубрика «другие общие расстройства развития» рассматривались врачами-психиатрами как аналог диагноза из МКБ-9 – «задержка интеллектуального развития», который также не имел четкого клинического описания.

Проведенное клиническое обследование школьников состоящих на учете диагнозом «другие общие расстройства развития» показало, что имеющиеся у них психопатологические феномены были представлены коморбидными расстройствами, которые характеризовались различными сочетаниями специфических расстройств развития речи и языка (F80) и специфических расстройств развития учебных навыков (F81). Данное сочетание специфических расстройств развития полностью соответствует диагностической категории «Смешанные специфические расстройства психического развития» (F83).

Из всех клинических синдромов, которые встречались в рамках поведенческих и эмоциональных расстройств у обследованных школьников, наиболее часто выявлялись гиперкинетические и поведенческие. Сравнительный анализ распространенности данных расстройств, среди школьников из массовых и коррекционных классов выявил их преобладание во второй группе. Они составили более 2/3 всех случаев из диагностического раздела F9 среди учащихся классов VII вида, однако статистически значимых различий по предпочтительности этих синдромов у учащихся 1-ой и 2-ой групп не выявлено ($p > 0,05$). Удельный вес психопатологических синдромов

характерных для эмоциональных расстройств (F93.0-F93.9) лишь незначительно оказался выше во 2-ой группе ($p>0,005$).

Результаты клинического обследования свидетельствуют о том, что органические психические расстройства у школьников из 1-ой группы отмечались в 7 раз чаще, чем во 2-ой группе. Из всех расстройств данной группы, только легкое когнитивное расстройство и «другие уточненные психические расстройства» (F06.8) отмечались чаще во 2-ой группе по сравнению с 1-ой, все другие психопатологические синдромы встречались чаще у учащихся массовых классов. Сравнительный анализ синдромальной предпочтительности среди учащихся двух групп не выявил статистически значимых различий ($p>0,05$). Согласно существующей коррекционно-образовательной практике обязательным условием для направления и обучения учащегося в классы VII вида (выравнивания) является наличие у него «задержки психического развития церебрально-органического генеза». Следовательно, психические расстройства, обусловленные органическим поражением ЦНС это основное показание к приему в такие классы. Даже если учитывать существенные различия в диагностических критериях психических расстройств детей в рамках двух классификаций (МКБ-9 и МКБ-10), а также отсутствие диагноза «задержка интеллектуального развития» в МКБ-10 крайне малым является удельный вес органических психических расстройств у школьников, обучающихся в системе коррекционного образования.

Синдромальная структура невротических расстройств (F8) в половине случаев была представлена реакциями на тяжелый стресс и нарушениями адаптации. В каждом пятом случае (21,4%) было диагностировано тревожно-фобическое расстройство. Психопатологические синдромы из диагностических рубрик «другие тревожные расстройства», «соматоформные расстройства» и «другие невротические расстройства» встречались значительно реже, и их суммарный удельный вес составил 24,9%. Сравнительный анализ синдромальной предпочтительности между учащимися первой и второй группы не выявил статистически значимых различий ($p>0,05$).

Таким образом, результаты проведенного клинического обследования школьников с психическими расстройствами позволяют сделать вывод, что наличие различных психопатологических синдромов не является определяющим или достаточным условием для выбора обучения учащихся в системе коррекционной практики. Сам термин коррекционной практики не является с современных позиций достаточно этическим, поскольку исключение многих детей в особые классы ухудшают их психическое развития и самооценку.

**МЕДИЦИНСКИЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В
СОЧЕТАНИИ С ЭНДОЭКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ –
ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОЗДОРОВЛЕНИИ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Ю. Ю. Даутов, Т. Ю. Уракова, М. Ю. Тхакушинова, Р. М. Хокон

*Медицинский институт Майкопского государственного технологического
университет, г Майкоп*

Известно, что клетки живого организма обмениваются информационными сигналами. Живая клетка генерирует и обладает сложным электромагнитным полем, порожденным биохимическими процессами и оказывает влияние на метаболизм клетки. Искажение или сбой в приеме - передаче информации в организме между мозгом и отдельными органами лежит в основе формирования хронических заболеваний.

Причиной нарушения информационной целостности могут быть как внутренние изменения в органах и системах человека, так и внешние, например воздействие на них экологических, климатических, эмоциональных и других факторов, формирующих состояние эндогенной интоксикации (ЭИ).

Управляемая комплексная программа, основанная на принципе оздоровительной информационной технологии в сочетании с методами детоксикации организма на клеточном уровне, используемая нами при хронических неинфекционных заболеваниях (атеросклероз, бронхиальная

астма, артериальная гипертония, ожирение, сахарный диабет 2 типа и др.), оказывает эффективное лечебное воздействие.

Сам механизм действия метода, в конечном счете, заключается в восстановлении нарушенных биохимических процессов, протекающих в клетке. Под воздействием же биоинформационного потока патологические клетки возбуждаются, и тем самым вызывают против себя активную реакцию иммунной системы. В организме начинают протекать саногенетические процессы, больные клетки восстанавливаются.

За последние 20 лет нами использовалась информационная технология при лечении более 12 тыс. человек самого разного возраста.

Многолетний опыт успешного лечения широкого спектра хронических заболеваний дает основание считать, что информационные технологии в сочетании с методами детоксикации являются универсальными, обеспечивая мощную поддержку иммунной системе; восстанавливает и стимулирует регенеративные функции организма. Такой подход может быть использован в профилактической и восстановительной медицине.

Использование методов детоксикации обусловлено тем, что среди патологических биохимических процессов наибольшее значение имеет нарушение общего ферментативного гомеостаза организма. Большинство авторов считает, что интегральными маркерами синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) являются лейкоцитарный индекс интоксикации, циркулирующие иммунные комплексы, молекулы средней массы. Важным патофизиологическим механизмом развития эндотоксикоза является и активация процессов перекисного окисления липидов, инициируемых свободными кислородными радикалами.

Выделение суммарных показателей (клинических, лабораторных, функциональных) при хронических неинфекционных заболеваниях (ХНИЗ) позволяет врачу-клиницисту корректировать комплекс реабилитационных мероприятий с учетом состояния детоксикационных систем организма.

Из 372 больных АГ в возрасте от 20 до 64 лет в результате оздоровительной программы отмечено снижение АД у 97,3%, уменьшение количества клинических жалоб на 96,2%, значительное улучшение качества жизни; положительную динамику также имели показатели центральной и периферической гемодинамики. В течение 19 дней пребывания в стационаре зарегистрированы достоверно сниженные АДс – на 21,0%, АДд – на 13,2%, АДср – 17,0%, УИ – на 10,6%, СИ – на 2,6%, УПС – на 14,8%.

У лиц с избыточной массой тела (ИМТ) к концу курса стационарного лечения масса тела достоверно снизилась в среднем на 12,4 кг (13,5%). В липидном спектре выявлено достоверное снижение ТГ на 34,1% ($P<0,01$), ХС – на 15,7% ($P<0,01$), ХМ – на 14,7% ($P<0,01$).

При ХНИЗ наблюдается выраженная иммунодепрессия. Сниженные показатели классов иммунной системы Jg A, Jg M, Jg G к концу курса реабилитации увеличились, но изменения оказались недостоверными, хотя полученные данные были значительными и касались именно классов Jg M (34,8%) и Jg A (20,0%), а Jg G увеличился лишь на 7,7%.

У лиц с заболеваниями ЖКТ индекс интоксикации в среднем оказался повышенным до $2,85 \pm 0,066$, при АГ – до $2,47 \pm 0,058$ и при ИМТ – до $3,08 \pm 0,071$. Анализ динамики ИИ после проведенного стационарного курса эндоекологической реабилитации показал достоверное снижение его у лиц с ИМТ на 31,2% ($P<0,05$), у больных АГ на 32% ($P<0,05$), а при заболеваниях ЖКТ полученный результат оказался наиболее значимым – на 52% и высокодостоверным ($P<0,001$).

Таким образом, полученные данные убедительно подтверждают положительный эффект у больных ХНИЗ использование информационных медицинских технологий в сочетании с детоксикационными мероприятиями, которые носят универсальный характер. Системный подход и системный анализ, используемый для объективизации нарушенных обменных процессов, позволил нам выделить диагностически значимые и информативные показатели. С определенными интерпретациями их можно рассматривать, как

соответствующие рангу высокой специфичности при ХНИЗ. Перебор и взаимосвязи клинических, лабораторных и функциональных тестов, вероятно дадут возможности моделирования лечебно-диагностических и реабилитационных процессов на основе комплекса информационной технологии с индивидуализированными методами детоксикации организма с на основе конституциональной типологии.

Особенности клиники большого депрессивного эпизода у больных опухолями желудочно-кишечного тракта.

А.В. Жоров*, Н.А. ;Корнетов.**

Омская клиническая психиатрическая больница Н.Н. Солодовникова,г. Омск

Сибирский медицинский государственный университет, г.Томск

С начала 80-х годов двадцатого столетия появился значительный интерес к вопросу качества пациентов. Медицинское сообщество в рамках формирующегося биосоциального подхода задалось вопросом: является ли подавленное настроение у онкологических больных обязательным признаком клиническим признаком.? По данным National Cancer Institute, USA, коморбидность рака и депрессии в своей совокупности обобщает ивалидизирующий состояние в зависимости от локализации приблизительно 15-25 % больных. Систематических исследований депрессивных расстройств на достаточно больших выборках больных онкопатологией в мире не проводилось, и об общей распространенности этих расстройств можно судить лишь приблизительно, основываясь на сумме показателей отдельных психопатологических феноменов. Опасения относительно смерти, разрушение жизненных планов, дефекты внешности, изменения в социальной роли, в образе жизни и в финансовых возможностях - существенные проблемы в жизни любого онкологического больного. В самом деле, существует ряд устойчивых мифов о течении злокачественного опухолевого процесса: 1) все люди с раком угнетены; 2) депрессия у пациента с раком носит обуденный характер; 3) лечение бесполезно; 4) каждый онкологический больной должен испытывать страдания и умереть мучительной смертью. Откуда этот пессимизм? «...В

отличие от других медицинских специальностей, в которых большинство вмешательств врача направлено на облегчение состояния больного, онкологическая онкология обычно предлагает лечение, которое ухудшает самочувствие независимо от предполагаемого результата. Это ставит онколога в сложное положение, все более и более нарушая контакт врача и пациента. В результате, пациенты настроены ожидать худшего прогноза от онкологов от онкологов. (Robert S. Mocharnuk, P., 2001, European Cancer Conference, ECCO) Именно поэтому лечение подобных больных подразумевает работу онколога в бригаде с психиатром или психотерапевтом. В этом случае роль психиатра или психотерапевта выходит на качественно иной уровень: он выполняет разъяснительную работу, которую онколог может вовремя не провести в силу своей профессиональной занятости; создает и поддерживает убежденность пациента в эффективности избранного метода лечения; рассеивает сомнения, индуцированные другими пациентами. Эффективная работа в этом направлении возможна лишь при наличии специальных медицинских знаний, приобретенных в процессе научных изысканий, а также всесторонней оценки состояния больного.

В первую очередь стоит вопрос: а существуют ли особенности депрессивного расстройства у больных онкологическими заболеваниями и их качественные характеристики? Нами было проведено исследование сплошной выборки пациентов 1-го хирургического отделения Омского областного онкологического диспансера. Состав пациентов: страдающие злокачественными опухолями ЖКТ и больные с преимущественным метастазированием в брюшину и в органы ЖКТ. Скрининговыми инструментами служили опросник Краснова и госпитальная шкала тревоги и депрессии. Из обследованных 103 пациентов симптомы депрессии выявлены у 84 человек (82%). Еще рано говорить о наличии у всех респондентов большой депрессии, т.к. расстройства адаптации с депрессивными симптомами обычно наблюдаются в 68% случаев у больных раком (Derogatis et al., 1983), к тому же, окончательные данные находятся в стадии обработки. Однако информация, полученная на втором

этапе с помощью шкалы Бека и шкалы депрессии Гамильтона, заслуживает внимания: при невыраженности собственно угнетенного настроения, выражено выступает интенсивность когнитивных расстройств. Больные нерешительны даже в простых ситуациях, постоянно терзаемы сомнениями, обнаруживают низкий темп психической работоспособности, характерны жалобы на «неспособность понять смысл заданного вопроса», на «тяжесть в голове». Нередко пациенты интерпретируют подобные нарушения, как «ухудшение состояния» - тогда возникает феномен, при котором развитие внешних, субъективных проявлений заболевания значительно опережает по времени появление клинически подтвержденных патологических изменений. Наряду со стремлением «ободрить соседа по палате», обнаруживается абсолютное отсутствие способности обсуждать свои здоровье и самочувствие, а также свои планы на будущее. Чувство вины заключается в идеях, что больной «отягощает жизнь родным», в пессимистичной переоценке прошлого, в ограничении круга контактов. Зачастую пациент сознательно ограничивает количество посетителей, даже имеют место случаи, когда полностью прекращается общение с близкими. При выраженности когнитивных расстройств суицидальные мысли приобретают характер «нежелания жить» и «никчемности существования». Чтобы отличить депрессивный эпизод от органически обусловленных аффективных нарушений и от состояния «нормальной» печали, следует, по-видимому, учитывать характерность черт психопатологии когнитивной сферы.

Не избежали нашего внимания также расстройства сна. За поверхностными высказываниями больных типа «...сплю много, даже с избытком...» могут скрываться частые эпизоды ночных пробуждений с последующим состоянием заторможенности днем. Вопросы врача должны быть направлены на выявление всех видов бессонницы и инверсии сна.

Отдельного рассмотрения требуют особенности проявлений ангедонии. В комплексе с общей астенизацией ангедония настолько изменяет образ жизни больных, что окружающие говорят об «изменении характера». Отмечается

утрата интереса ко всем сторонам социальной жизни, профессиональных интересов. Резко снижается либидо, особенно, в интенсивности полового поиска. Также больной может утверждать, что «много читает и смотрит телевизор», при этом не помнит содержания ни одной прочитанной книги или телепередачи. Часто у пациентов можно увидеть много мировоззренческой и психологической литературы, в беседе он апеллирует к ней, однако, тут же говорит о собственной «внутренней пустоте». Дефицит мотиваций больного усугубляется сомнительным прогнозом и трагическим образом снижает его качество жизни.

Таким образом, описывая наше исследование, мы лишь кратко осветили особенности депрессивного эпизода у онкологических больных. На сегодняшний день мы можем констатировать, что психофармакологическое и психотерапевтическое лечение перестало быть паллиативным и перешло в категорию патогенетического.

**ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ В ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ПОПУЛЯЦИИ: ДИАГНОСТИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ**
Н.Г.Катаева, Н.А. Корнетов, А.Ю. Левина

Сибирский государственный медицинский университет, г Томск

Проблема последствий инсульта приобретает все большую значимость в связи с высоким уровнем летальности, значительной инвалидизацией и социальной дезадаптацией пациентов (Гусев Е.И., Скворцова К.И., 1997; Одинак М.М., Вознюк И.А., 1999; Виленский В.С., 2001; Фейгин В.Л. с соавт., 2001). Отягощают состояние пациентов психоэмоциональные нарушения, которые варьируют по глубине - от большой депрессии до дистимических нарушений и симптомов малой депрессии (Starkstein S.E., et al., 1984; Francisco G.S., 1993) и ведут к значительному нарушению активности повседневной жизни (Robinson R. G. с соавторами, 1998). Распространенность депрессии в разные сроки постинсультного периода выявляется в 23 - 79% случаев (House A. et al., 1988; Starkstein S.E., et al., 1989; Sharpe M. et al., 1994; Burvill G.A. et al., 1995; Paolucci S. et al., 1999). Затрудняют распознавание коморбидных

депрессивных расстройств у этих пациентов общность симптомов инсульта и депрессии, нарушение вербального контакта при страдании левого полушария, когнитивные нарушения (Вейн А.М. с соавт., 2002; Филатова Е.Г. с соавт., 2003; Кадыков А.С., 2003; Edwards G.J., 1989). Нераспознанное депрессивное расстройство снижает эффективность лечения, осложняет реабилитационно-восстановительный период (Корнетов Н.А. и Никитюк Б.Н., 1998; Белова А.Н., 2000; Шкловский В.М., 2003; Fruhwald S. et al., 2001).

В настоящее время активно ведутся клинико-эпидемиологические изучения распространенности депрессии, выполняемые в дифференцированных популяциях (Schultz R., 2001). Эти исследования дают возможность клиницисту не только представить частоту и особенность течения этого серьезного расстройства на разных этапах оказания медицинской помощи, но и выбрать оптимальные реабилитационные стратегии (Флетчер Р. с соавт., 1998; Корнетов Н.А. с соавт., 2005).

Целью нашего исследования явилась оценка распространенности депрессии в дифференцированной популяции постинсультных больных в неврологической клинике СибГМУ и разработка терапевтических стратегий постинсультной депрессии (ПВД) в зависимости от неврологического дефицита, конституциональных, преморбидных особенностей личности, типа ВКБ с целью оптимизации лечения и социального функционирования.

Материал и методы. Обследовано 405 больных (мужчин - 204, женщин - 201) в постинсультном периоде в течение 3 лет. Проводилось полное клинико-неврологическое и психиатрическое исследование. Диагностика проводилась на основе МКБ - 10 и применении шкалы самооценки депрессии А. Бека. Преморбидные особенности личности оценивались на основании анализа опросников Айзенка и Леонгарда. Типы отношения к болезни устанавливали по результатам опросника ЛОБИ (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980). Для исследования конституциональных параметров использовалась методика Бунака (1941). Соматотипирование проводилось на основе индекса Rees-

Eysenck (1945) в модификации Н.А. Корнетова (1986) для определения дискретных границ соматотипической изменчивости по данному индексу.

Результаты и обсуждение. Депрессивные расстройства выявлены в 48,9% (198 пациентов, мужчин - 85, женщин - 113), что свидетельствует о высокой частоте встречаемости этих нарушений. Средний возраст больных составил $58,9 \pm 0,8$ года. Более подвержены депрессии женщины с образованием ниже среднего и средним. Преобладают больные с легким депрессивным эпизодом (57,7%). Обнаружена положительная корреляция между выраженностью депрессивных расстройств и глубиной моторного дефицита: легкие моторные нарушения достоверно чаще преобладают при легком, а средней и тяжелой степени – при умеренном депрессивном эпизоде ($p < 0,01$).

Выявлена зависимость течения инсульта от конституционально-морфологического типа (КМТ). У лиц астенического соматотипа инсульт развивается в более молодом возрасте по сравнению с лицами пикнического и нормостенического КМТ и характеризуется более медленным восстановлением двигательных функций. Выраженность ПИД у астеников более значима, чем у лиц с пикническим и нормостеническим соматотипом. Обнаружено влияние преморбидных особенностей в виде меланхолического темперамента, а также дистимического, экзальтированного, демонстративного типов акцентуации характера на возникновение депрессивных расстройств. У пациентов с коморбидной депрессией достоверно чаще выявлялись социально - дезадаптивные типы внутренней картины болезни: неврастенический, тревожный, ипохондрический.

Взаимодействие невролога и психиатра на этапе диагностирования аффективных нарушений у постинсультных больных и уточнение психопатологических расстройств с помощью применения современных диагностических инструментов способствовало назначению адекватной дифференцированной терапии. Мы обозначили 7 групп пациентов с ПИД с учетом тяжести депрессивного эпизода, неврологического дефицита, внутренней картины болезни и конституционально-морфологического типа.

Проводилась сочетанная фармако - и психотерапия. Применялись современные антидепрессанты (флувоксамин, тианептин, золофт) и рациональная, когнитивно-поведенческая и семейная психотерапия. К работе с пациентами, имеющими речевые нарушения, на раннем восстановительном этапе привлекался врач-афазиолог. Эффективность лечения определялась комплайенсом между врачом и пациентом и составила 90,3%. В группе больных принимавших антидепрессанты, число летальных случаев в ближайшие 2-3 года после инсульта было достоверно меньше.

Таким образом, высокий уровень распространенности постинсультной депрессии диктует необходимость интеграции усилий неврологов и психиатров с целью ранней диагностики коморбидной депрессии и оказания более эффективной и дифференцированной помощи этой когорте больных. Показано, что внедрение индивидуальных терапевтических стратегий в реабилитационный процесс постинсультных больных позитивно влияет на качество жизни и ведет к снижению летальности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СТАНОВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ПАРТНЕРСТВО ИЛИ СЕПАРАЦИЯ Н. А. Корнетов

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Специальность “Клиническая психология” приказом N686 Министерства образования Российской Федерации утверждена совсем недавно в 2000 г. Не вдаваясь в детали полемики между специалистами, работающими в сфере охраны психического здоровья можно подчеркнуть следующее. На сегодняшний день в государственном образовательном стандарте объектом клинической психологии определяется человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием. Предметом профессиональной деятельности клинической психологии являются психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены в различных областях деятельности. Исходя из этих довольно широко используемых терминов в

разных дисциплинах очень трудно определить кем же является клинических психолог и чем он должен заниматься?

Рассмотрим несколько примеров. Если духовность (духовное, дух) является не забытой наукой словосочетанием-метафорой и относится к этому как к предмету серьезных научных размышлений и исследований, как пишут в большом психологическом словаре Б.Г. Мещерякова и В.П. Зинченко (2003), то данный термин является эпитетом многих научных понятий с прилагательными “духовное”, “дух”. Исходя из этого личность, конституция, организм, органы духовны. Такая позиция уводит нас от современных данных, согласно которым и обучение меняет экспрессию генов, не духовных, а реальных нейрохимических процессов. Было бы оригинально преподавать психологию, подчеркивая духовность гепатита или духовность культуризма. В другом словаре психологии (А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, 1990) духовность обозначает индивидуальную выраженность в системе мотивов личности двух фундаментальных потребностей: идеальной потребности познания и социальной потребности жить и действовать для “других”. Таким образом духовность – первая главная потребность, душевность – вторая. Можно было бы обозначить первое представление как гуманитаризация, второе как гуманизация в психологии, которая имеет сегодня громадное значение для медицины. Не случайно А. Маслоу писал, что мы рождены для любви и познания.

Уже в античный период было известно, что дух (психика) является продуктом мозга, а Аристотель первым выделил три человеческих модификации духа: растительный, животные и разумный. В научной литературе понятие “дух” не употребляется. В повседневном значении этот термин уже давно сменен понятиями “психика” (от греч. *psyche*) “внутренний мир человека”, “переживание”, “сознание”

Если столкнуть эти две позиции, то они будут во многом похожи в своих научных проявлениях старой борьбы западной педагогической психологии, берущей свое начало от И. Песталоцци, И. Герберта и Ф. Фребеля в определенном обогащении и достигшей высших расхождения точек между Э.Л.

Торндайком и Ч.Х. Джаддом в двух полюсном подходе: эксперимент в лаборатории и методики образования. Первично педагогическая психология открыто заявила о себе как единой науке, а в итоге профессиональные психологи отвергались профессорско-преподавательским составом. Все это очень интересно, только в других специальностях повторяется и у нас. Общие психологи, которые могут быть блестящими теоретиками или специалистами в тех областях психологии, которые не были раньше уничтожены или дискриминированы резко выступают против развития клинической (медицинской) психологии, пытаясь руководить ею находясь далеко от клиник и объекта исследования. Некоторые из них, которые были воспитаны между педагогической психологией на философских факультетах и перекалцифицированные педагоги в психологи считают, что специалисты в сфере охраны психического здоровья, то есть психиатры совершенно не имеют никакого представления о психологии, в том числе и клинической психологии. Представляется, что такие крупные педагоги-психологи, которые в настоящее время считаются интегративными антропологами как К.Д. Ушинский, А.Ф. Лазурский никогда бы не разделяли сферы общих знаний о человеке. Как же современные, так называемые клинические психологи, побывавшие в клиниках разве что на экскурсиях за пять лет после открытия специальности стали законодателями мод в клинической психологии. Здесь следует подчеркнуть, что с учетом начального первичного педагогического образования такого рода клинические психологи и их воспитаники создали в школе еще одну стигму часто в одружестве с педагогами, чтобы избавиться от индивидуальных и ярких детей.

Однажды известный наш психиатр издал со своим коллегой крупное руководство по клинической психологии, которое естественно по своему содержанию было ориентировано на пациентов и медицину, а не на здоровых лиц. При рассмотрении этой книги на заседании по психологии в Москве прозвучала реплика: “Это же не их специальность...Мы же не пишем книги по акушерству и гинекологии!” Для меня эта фраза стала важным осознанием

какая пропасть и какие мостики необходимо строить в специальности “клиническая психология”. Если медицина понимается общими психологами, как нечто общее и расплывчатое, как одна специальность, а главное в преподавании академическая психология, то с точки зрения, тех специалистов, кто был в свое время и сейчас связан с медициной четко представляет клиническую эпидемиологию психических и поведенческих расстройств, тяжелые последствия неинфекционных заболеваний по совокупному бремени болезней, то совершенно понятно, что место будущих клинических психологов должно быть у койки больного для получения тех профессиональных навыков, которые и требует госстандарт. Несомненно при знании фундаментальных дисциплин, сейчас и психологи не могут отрицать, что многие разделы госстандарта требуют новых изменений. С другой стороны приходится сталкиваться со специалистами медицины, которые также расплывчато понимают психологию и сужают ее рамку только до койки больного. Но по крайней мере мало надеется медиков, которые скажут, что психологам не нужно писать книги, касающиеся внутренней картины болезни или взаимоотношения врач-больной, анализу психических процессов, которые порождают симптомы и т.п.

Напомним, что крупнейшими психологами из медицины, из психиатрами по специальности были И.М. Сеченов, В.М. Бехтерев, Н.Е. Осипов, И.П. Павлов, В.Н. Мясищев, А.Р. Лурия, А.Н. Бернштейн, В.А. Пономаренко, В.А. Вагнер, Ф.Галль, З. Фрейд, К.Юнг, К. Ясперс, Г.Гельмгольц, Э.Кречмер, Милтон Эриксон, Ж. Шарко, Ш.Ференци, Г.Салливан, Г.Роршах, К. Леонгард, А. Кемпинский, В. Гельпах, В. Вайцзекер, Л. Бинсвангер, Р. Букк и др.

Психиатрия, клиническая психология и психологические виды интервенции развиваются неровно. Для того, чтобы четче представлять эту проблему требуется небольшой экскурс в развитие психологии последних 10-15 лет в России. После длительного давления на психологию марксистско-ленинской идеологии в учебниках не только всячески пытались разделить высшие социалистические и капиталистические человеческие потребности, но и

низшие. Этот огромный груз литературы, где настоящие идеи были спрятаны за социалистические штампы, умноженный на прорыв золотого фонда научной европейской и американской литературы в нашу страну, а также публикаций запрещенных психологов в СССР привел к большой терминологической путанице и эклектичному пониманию различных разделов психологии. Исторически, как уже было подчеркнуто произошло так, что общая психология с педагогическим и гуманитарным креном имела большие преимущества как на уровне Министерства образования, так и в “больших” университетах, поэтому клиническая психология прежде всего открывалась в этих высших учебных учреждениях. Хотя было бы важным помнить, что многие университеты до их разгрома с 1930 г. в первую очередь имели мощные медицинские факультеты. Поэтому на сегодняшний день так называемые большие университеты в комплексе наук о человеке не соответствуют своему названию, поскольку не имеют клиник и используют терминологию, которая в большей степени относится к педагогике, общей психологии, а не к клинической психологии. Этим же грешит социальная психиатрия, детская психиатрия в силу слабости знаний в области этики и генетики и онтогенеза и собственно психологии. Естественно это не касается профессионалов высокого класса, но широко распространено в разных современных хрестоматиях и статьях. Я приведу еще один пример. В психологии используется термин психокоррекция, коррекционное обучение. Например, в крупном руководстве с названием “Методы эффективной психокоррекции” (Сельченко К.В., 1999) в предисловии составителя указывается, что все теоретические построения психологов создавались как рабочие модели, инструментально необходимые для ориентации во внутренних субъективных пространствах в процессе коррекции. Далее указывается, что в перепитиях жизни человек оказывается распятым на кресте и каждый из нас нуждается в психокорректирующих приемах. В результате к психокоррекции относятся умение терапевтически, целительно и гармонизирующе влиять на внутренний мир человека, что является центральным навыком. Итак, влияние на человека - центральный навык. Термин “терапия”

вводит психологов в рамки медицины, понятие “целительство” выводит специалиста в парапрофессиональную среду, понятие “гармонизирующее” означает созвучие стройности в музыке, в музыкальных инструментах, в широком смысле стройность и соразмерность. В итоге человек словно распятый на кресте в постоянных противоречиях и проблемах нуждается в медицине, парамедицине и музыкальной гармонии или стройности в позе. Механизированная терапия уже использовалась в XIX веке. в воспитательных целях. Спиритуализм в учении о психических болезнях, когда весь мир считался продуктом духовной деятельности, господством абсолютного духа возникли моральные и мистические построения в психиатрии, что привело на удивление к усилению таких приемов педагогического влияния, которые представляются адекватными в физическом плане современным терминам психокоррекции. Яркий последователь этой системы и пропагандист взглядов механизированной терапии Горн усиленно рекомендовал следующий способ воспитательного воздействия. “Принудительное стояние на ногах, напоминающее распятие” при специальной фиксации (Каннабих Ю., 1927). После такой процедуры описывалось, что у пациента возникала усталость и сонливость, он становился покорным врачу, появлялось чувство уважения, что особенно ценилось. Это пример типичной психокоррекции. Я думаю и метафора о психологической психокоррекции и механические методы терапии носят исключительно издевательский характер, а не создают духовность и гармонию. Детей правонарушителей в социальной психиатрии также считают, требующими коррекции. Но коррекция (корректурa) является исправлением ошибок типографского набора, сделанного с рукописи, посредством особых знаков, отмечаемых на полях листа. То есть даже не правка текста. Какое же право и кто может позволить себе психокоррегировать человека. Кто может возвеличить себя над другим? В данном случае нарушаются по меньшей мере 4 детские конвенции и никакая научно разработанная психотерапия не употребляет таких критериев. Ни в одном крупном руководстве по общей психологии, клинической психологии, аномальной психологии равно как и в отечественных

рецензируемых словарях такой терминологии нет. С нашей точки зрения это также важный и далеко не единичный пример искажения и непонимания научной терминологии.

Медицинские институты, ныне академии и университеты в силу инертности научного мышления и здорового консерватизма в клинических дисциплинах все же в последние десятилетия все больше становились догматическими высшими школами. Это проявлялось в выраженном биомедицинском редукционизме в отрыве от потребностей, желаний и прав больного. К счастью в последний период открывается все больше и больше специальностей и специализаций по клинической психологии. Данное решение Министерства образования абсолютно верно. Клиника – учебная больница, лечебница, для готовящихся во врачи. Клинический, относящийся к клинике (В.Даль, Т.2, 1994). Клиника, соединенные с медицинскими факультетами университетов больничные заведения, которые имеют своим назначением практическое изучение медицины у постели больных .А. Брокгауз, И.А. Ефрон, Т.3, 1994). Согласно словарю В. Даля [1994] психология это душесловие, наука о душе, о духовной жизни человека во плоти. Таким образом, терапия словом у постели психически и/или соматического больного в специальных амбулаторных и частных учреждениях, будут иметь иную чем прежде качественную специализацию. На раннем этапе психологической клинической деятельности это психологическое консультирование, для зрелого специалиста при накоплении опыта он может и должен овладеть сложными видами терапии, которые составляет сущность одного из многих разделов психологии с соматическими и психически больными людьми. Современный Оксфордский медицинский словарь определяет психологию как науку, изучающую психику, сознание и поведение человека (2001). Из других представлений о психологии можно привести следующие: психология - наука изучающая поведение и психические процессы; психология –это научное исследование поведения. Если эти процессы нарушены то тогда основу вмешательства составляет клиническая психология

Термин “клиническая” как прилагательное означает область приложения знаний психологии в научно-практическом отношении для конкретного больного, для которого клинический психолог должен быть партнером врача по тактике ведения, техникам реабилитации и консультирования для максимального уровня достижения здоровья пациента.

Известный отечественный патолог И.В. Давыдовский рельефно выразил все перечисленные вопросы в организации и методологии образования в части теоретического синтеза биологии, психологии и медицины. Напомним, что он критиковал фактический отрыв медицины от естествознания, обоснованно считая, что медицина выпала из плодоносящего “перекрестного опыления” университетских наук в связи с реорганизацией медицинских факультетов и созданием отдельной медицинской академии, в результате чего был утерян стержень теоретических основ целостного видения человека в клинических дисциплинах.

Аналогичным образом можно провести параллель и с гуманитарной составляющей образования, которая представляет рудиментарную форму образования в сравнении с традиционными теоретическими и клиническими дисциплинами в медицинских высших учебных учреждениях. Но и бывшие большие университеты потеряв медицинский факультет лишились возможности проецирования естественных и гуманитарных наук на человека, его качества, свойства, здоровье, страдания и болезни. Добавим к этому, что медицинские факультеты, особенно психиатрические клиники всегда были важным полем деятельности и питательной средой экспериментальной психологии, связанной с различными проявлениями психического функционирования. Что касается гуманитарных наук, составляющих культурно-духовный рост специалиста, то они были диффузно проникнуты у нас догматической идеологией внутренней и внешней цензурой. В западных же странах корифеи феноменологии, например К Ясперс вырос как философ в психиатрической клинике.

Итак, изоляция гуманитарных факультетов от проблем здоровья и болезней человека, изучения его персонифицированных свойств и психологии личности

привели к деиндивидуализации в системе педагогических, юридических, социологических наук, социальной работы, а психологии для выживания, в потоке социалистических штампов, пришлось закрыться в сугубо академические интересы сравнительно небольшой элиты специалистов. Медицинская отрасль пришла к гипертрофии каузального принципа в патологии, выражающегося в теоретических клинико-этиологических предпочтениях по поводу одних и тех же соматических или психических расстройств. На этом фоне произошла также потеря целостных представлений о человеке в условиях здоровья и болезни, на место которых пришли дифференцированные по достаточно узким медицинским субдисциплинам частные знания об органах и системах жизнедеятельности организма, в лучшем случае и лабораторно-инструментальных отражений отдельных человеческих функций – в худшем. Само знание различных деталей и тонкостей бесспорно имеет огромное значение, но оно приобретает качественно иную сущность, если встраивается в более обобщенную, целостную картину, при которой имеется возможность изучения и сопоставления или соотношения частных одного уровня системной организации человека с частностями или подсистемами другого уровня. Следующий момент, который следует акцентировать заключается в том, что дифференцированная медицина – стала медициной набора болезней тканей, органов, систем и их профилактик, а не медициной Человека. Как это ни парадоксально, знания о конкретной патологии в системе координат современной теоретико-методологической платформы медицины приводят к рутинности и ригидности врачебного мышления, диагностическим шаблонам и симптоматическим фетишам, а столкновение с общепопуляционным ухудшением состояния физического и психического здоровья населения страны в условиях кризисных изменений социально-экономических и общественных отношений, порождают практически тотальную диагностику признаков различных болезней и радикальный энвайроментализм («средовизм») в оценке причин, характера влияний внешних факторов и построения соответствующих научных направлений, именуемых

экологическими в каждой отдельной медицинской дисциплине. Данные обстоятельства указывают, что клиническая психология на базе психологического образования, включающего сбалансированную гуманитарную и естественно научную составляющие может внести существенные дополнения совместно с медициной в науку и искусство врачевания на интегративном биопсихосоциальном уровне при взаимодополняющих друг друга подходах, а также самостоятельно создать много различных инновационных технологий психодиагностики, прогноза, восстановления нарушенных функций и способов психологических вмешательств в области психотерапии и клинико-психологической реабилитации. В настоящее время немеркательские проекты, финансируемые проекты по СПИДу, алкогольной и наркотической зависимости, создание групп самопомощи являются инновационной технологией образования населения и улучшения качества ее жизни. Что касается профессионалов, то навыки освоения этих технологий клиническими психологами могут интегрировать психиатрические знания и социальное обслуживание в духе партнерства и взаимного обогащения по университетской линии образования.

О СОТНОШЕНИИ ПСИХИАТРИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Н.А. Корнетов, А.Н. Корнетов

Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск

Выраженная терминологическая, понятийная обособленность, психиатрии, психотерапии и клинической психологии не должно разделяться демаркационной линией, подобно тому как хронические мультифакториальные заболевания и психические и поведенческие расстройства. Если нет антропологического понимания человека, в которое входят все эти дисциплины, то никогда общих закономерностей человеческой деятельности и функционирования для этой цели организма будет невозможно познать. Сравним, что понимается под психиатрией и клинической психологией.

Психиатрия является разделом медицины, в котором изучаются различные психические заболевания: диагностика, терапия и профилактика. Клиническая (аномальная психология), как общий раздел психологии изучает, прежде всего, психические и поведенческие расстройства. В спектр исследований клинической психологии входит эпидемиология расстройств/нарушений, симптомов, синдромов, условий их формирования, состояния дистресса, которые в отечественной литературе часто называют “предболезненные”, “переходные”, “дезадаптивные”. Также основное место занимают методы и способы психологической интервенции: от психологического консультирования до глубоко проработанных и сопоставимых, конкурирующих или сочетанных видов психотерапии при многих состояниях с лекарственным лечением. Например, к ним относятся реконструктивная патогенетическая терапия (Мясищев В.Н.; Карвасарский Б.Д., 1988), когнитивно-поведенческая терапия, интегративная психотерапия (Бек А., 1996; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г) и др.

Одна из идей в дискуссии о синтезе психиатрии и психотерапии заключалась в том, что чтобы все психиатры были бы блестящими психотерапевтами, также как и психотерапевты - психофармакологами. Однако такая цель вряд ли достижима. Безусловно, следует понимать, что существуют специалисты такого ранга, однако их количество никогда не сможет улучшить показатели обоих видов помощи. Мы должны понимать, что когда вырабатываются стандарты подхода, то необходимо быть реалистами в том, что обычный психиатр или клинический психолог должен владеть психотерапией, имея адекватные навыки. Они являются главными формами контакта с больным, которые должны включать: информированное согласие, между врачом, клиническим психологом и потребителем психиатрических или психологических услуг; развитие терапевтического альянса; выполнение предписания врачей или поведенческих психотерапевтов в тактики ведения тех или иных психических расстройств с их определенными показаниями. Здесь важно отметить, что форсированные попытки купирования психотического

эпизода с полипрагматическими установками пациент с хроническим заболеванием чаще всего будет в будущем нарушать комплайенс или вообще игнорировать прием лекарств. Соответственно цена лечения, нагрузка амбулаторных врачей будет существенно изменяться и увеличивать финансирование пребывания пациента в психиатрическом стационаре, что абсолютно отрицает в принципе современные тенденции в психиатрии к реформе, и будет блокировать путь ее развития к современному развитию.

Возвращаясь к клинической психологии и психотерапевтическому уровню психиатров, то в данном случае это должны быть не спонтанные беседы с пациентом, а четко структурированные продуманные шаги. Здесь не нужно быть какой-то особой личностью, а важно иметь навыки, в которых развиты партнерство, эмпатия, безоценочное принятие другую личность, умение слушать. Необходимо искренне выражать свои чувства, проявлять толерантность к мнению другого, подчеркивать положительные решения пропускать по умолчанию негативные или обсуждать их альтернативы. Важно не стремиться за один сеанс решить несколько проблем, а вычленив на основе совместного обсуждения текущий наиболее беспокоящий вопрос, проблему или переживание, уметь обобщить достигнутые результаты, экранируя переживания пациента его же словами. Необходимо путем обучения добиться, чтобы осознанное незнание стало неосознанным знанием. Это также как овладение любым новым навыком: проведением лабораторных исследований, научного или клинического исследования. В современный период очень важно использовать в рутинной тактике ведения историй болезни, заполнения клинических шкал, которые в результате во много раз повышают способность единого понимания одних и тех же симптомов и признаков психических и поведенческих расстройств

Согласно современным международным руководствам психиатрия и психология в своей клинической специализации должна подчеркивать гуманный и сочувственный аспекты данных специальностей. Этот акцент необходим, так как они часто теряются в технико-оснащенной современной

медицинской и в экспериментально-психологических практики, включая специальные вопросники. Согласно Г.И. Каплану и Б.Дж Седоку (1994) психиатр – это специалист в области исследования деятельности мозга и межличностных отношений и, следовательно, является для больного не просто сочувствующим слушателем.

Сочувствующий слушатель, особенно одаренный синтонностью, общительностью, чуткостью, и хорошим знанием жизни может существенно помочь, страдающему человеку. Но это лишь природные и обыденные навыки. Психотерапия является методом лечения и, следовательно, требует специальной клинико-психологической подготовки.

Сегодня восстановительная терапия все больше и больше отвечает биопсихосоциальному подходу. Мы уже не имеем права исключать знания о психической деятельности, процессах происходящих в мозге, о реакциях личности на соматические заболевания. Нельзя выключать из медицинской практики знаний в области психических и поведенческих расстройств, которые встречаются у не менее трети соматических больных. Сегодня узкий биомедицинский подход подобен образованию и отношению к пациенту компьютерных врачебных роботов, тем лишь различием, что роботы бесстрастны, а врачи ”справочного” стиля образования необходимо переквалифицировать в университетский стиль образования. Этим и занимается исторически Томская областная клиническая психиатрическая больница, Сибирский государственный медицинский университет. В качестве первых шагов созданы кафедры психиатрии, наркологии, медицинской психологии факультеты клинической психологии и социальной работе. Кроме того, работает Сибирская ассоциация интегративной психиатрии и начата организация Малой академии наук о человеке (МАНЧ), членами которой буду и учащиеся с 10 класса и студенты 6 курса. С государственной точки зрения и позиции гражданского общества формирование научной и практической элиты в комплексе наук о человеке является большим социальным приоритетом. Временное частное образование филиалов или государственных организаций,

делают основной акцент на финансовых ресурсах и во многих случаях не имеют навыков образования в сфере охраны психического здоровья в результате чего страдает гуманитарный и социальный капитал Российской Федерации. Фактически это уже отрицательно сказывается на населении нашей страны в медицинских, психологических, социальных и культурных аспектах жизнедеятельности и качества жизни. Однако научное познание и практика помощи пациентам построена так, что всегда находятся единомышленники, которые пронесли через всю жизнь потребность к познанию и помощи другим людям.

ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ОБЪЕКТ И АТТАШМЕНТ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ ЛИЧНОСТНОМ РАССТРОЙСТВЕ.

Ц.П.Короленко, Ц.П., Т.Ю. Ласовская Т.Ю.

Новосибирская государственная медицинская академия, Новосибирск

Трансформирующий объект – это события, которые стимулируют дальнейшее развитие. В качестве трансформирующего объекта могут выступать люди, которые осуществляют заботу о ребенке, это может быть обстановка или другие элементы среды, которые запечатлеваются. В раннем периоде развития трансформирующий объект как бы «впечатывается», производя сильнейшее воздействие на психику, с преимущественной фиксацией в бессознательной сфере (уровень сознания остается интактным).

Возможно, существует некий закон, согласно которому одним из самых сильных драйвов является стремление к встрече с этим объектом. Индивид строит свое поведение так, чтобы постоянно встречаться с этим трансформирующим объектом. Это стремление представляет собой следовую реакцию на встречу с трансформирующими объектами. В ряде случаев это объясняет стремление человека к неприятным вещам, которое не связано непосредственно с получением удовольствия. Здесь важно то, что они стимулируют какое-то развитие, помогают выйти из состояния застоя.

Важен вопрос о силе действия трансформирующего объекта – она определяется силой attachment (привязанность, фиксация). У лиц с отсутствием такой привязанности к матери, сила воздействия трансформирующего объекта слабее, что влечет за собой психологический вакуум в связи с неудовлетворенностью этого драйва и человек стремится найти, находится в контакте с трансформирующим объектом. В клинике это может выражаться отсутствием психологической стабильности, резкой сменой мотивации, импульсивностью, чувством внутреннего беспокойства и дискомфорта, а также состояниями тревоги, депрессии и чувством безнадежности. Такие расстройства входят в структуру ряда нарушений непсихотического уровня и прежде всего в структуру пограничного личностного расстройства. Слабость первичного attachment накладывает отпечаток на характер формирования значимых межличностных отношений, для которых типична неустойчивость, легкое возникновение разочарования, обесценивание. В клиническом содержании депрессивных состояний преобладают разочарование беспомощность и безнадежность, с отсутствием чувства вины, но могут появляться элементы скорби. Клинический анализ показывает, что скорбь здесь носит своеобразный характер: это не скорбь по потере конкретного человека, а по чему-то неопределенному, невербализуемому, неизвестному, находящемуся вне уровня осознания. В связи с этим следует обратить внимание на то, что в клинической диагностике подобных состояний, которая проводится по методам обычного психиатрического обследования и интервьюирования, лежащие в их основе нарушения не устанавливаются. Эти недиагностируемые “исходные” состояния вместе с тем пронизывают всю картину пограничного личностного расстройства и определяют состояние пациента в каждом реальном временном интервале. Такие состояния могут быть условно обозначены “трансформационным голодом”, который лежит в основе типичных для этого нарушения аффективных, когнитивных и мотивационных изменений.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

Е.Г. Лунина

Основу, предлагаемой для обсуждения проблемы, составляет противоречие между возможностями социальной работы как нового вида общественной практики и профессиональной деятельности целью которой является продвижение демократических ценностей и свобод, содействие обеспечению и реализации прав человека в ее фактической культурно-правовой недостаточности, точнее, дисфункцией в современном российском обществе. Основные тезисы этих положений можно свести к следующим.

Социальная работа, с точки зрения нравственных и демократических отношений, обладает огромным развивающим и воспитывающим потенциалом и представляет для общества важнейший ресурс, который заключен в ее ценностной сущности. Почти каждое профессиональное решение социального работника содержит этические аспекты и ставит перед ним морально-этические задачи. Именно этой позиции придерживаются те профессионалы, которые считают, что социальные работники являются не простыми «техниками» по решению социальных проблем, а моральными носителями общества². К сожалению, именно в этом аспекте дисфункциональность социальной работы сказывается более всего.

Второй момент заключается в том, что отечественная система социальной работы настоящего времени менее всего ориентирована на продвижение названных идеалов и демократических ценностей, равно как на обеспечение и реализацию прав человека. Ее реальной ориентацией является поддержание минимального материального уровня благосостояния наиболее уязвимых категорий населения, но роковым образом полностью в тени находятся психологическое благополучие и уровень социальной интеграции данной группы населения. Ограничиваясь, преимущественно, рамками социальной защиты и социального обеспечения, современная практика социальной работы

² Loewenberg Frank M., Dolgoff Ralph Ethical Decisions for Social Work Practice – Itaska, Illinois - F.E. Peacock Publishers, Inc., 1992

чаще только усиливает иждивенческие настроения клиентов социальных служб, а не «возвращает их в русло активного социального функционирования. В отчуждении социальной работы от цели находит отражение, на мой взгляд, корневая проблема социальной работы, ведущая к ее ограниченности и недостаточности. Осмелюсь предположить, что понимание сути названной проблемы позволит нам определить и пути ее преодоления.

Наиболее значимым проявлением дисфункции социальной работы и одновременно ее источником является утилитарный, преимущественно, подход помогающих специалистов к разрешению проблем клиентов социальных служб. С одной стороны, данный подход обусловлен традиционными принципами социального обеспечения и социальной защиты: «распределительным» и «остаточного финансирования». С другой стороны, - профессиональной позицией социального работника по отношению к клиенту, стереотипным восприятием его только как объекта социальной помощи независимо от его индивидуальных особенностей, психических расстройств или социального окружения. Смею утверждать, что утилитарный подход к практике социальной работы, являясь следствием «утилитарности» сознания социальных политиков и помогающих специалистов, объясняет и закрепляет существование в обществе таких феноменов как нарастающая инвалидизация, эйджизм, сексизм и пр. Причем инвалидизация, как установка сознания, наблюдается во взаимодействии специалистов не только с больными людьми, но и со здоровыми, когда отрицается способность индивида к самостоятельному социальному функционированию. Это получило название инвалидизации клиента.

Такие подходы, особенно касающиеся лиц с психическими и соматическими заболеваниями поддерживают дискриминационное отношение к клиенту. В данных случаях наиболее выпукло выступают нарушения базовых ценностей и принципов социальной работы и, соответственно, нарушение основных прав человека, таких как: право на гуманное, с позиции собственной уникальности и самооценности, равное к себе отношение; право на свободное

самоопределение своих потребностей, интересов и способов их реализации; право на равное с другими членами общества участие в общественной жизни и пользование социальными благами; право быть социально ответственным и др.

Складывается парадоксальная ситуация: социальная работа, призванная защищать права клиента, практически их нарушает. Принимая за клиента решение, определяя его судьбу, социальные работники лишают его права свободного самоопределения, ограничивают его доступ к информации, отказывают ему в праве быть социально ответственным и независимым. Все это свидетельствует об отсутствии профессионально-этических навыков помогающих специалистов, о недостаточности правовой культуры как социальных работников, так и клиентов, что своими корнями уходит в образовательные программы. Таким образом актуальность и необходимость преодоления культурно-правового дефицита в практике социальной работы очевидна.

Как свидетельствует многолетний преподавательский опыт автора, значительные ресурсы преодоления культурно-правовой недостаточности сознания помогающих специалистов и клиентов заключены в их культурно-правовом просвещении и профессионально-этическом образовании и самообразовании. Высокой разрешающей способностью, в этом плане, обладают занятия-тренинги по антидискриминаторной практике. «Антидискриминаторная практика», (далее АП), может быть определена как «комплекс установок и реальных мер по преодолению ущемления прав любых групп клиентов, прежде всего по расовым, религиозным, возрастным и половым признакам»³.

АП является методологической основой социальной работы, предлагающей особую концепцию и, одновременно, технологию психосоциальной помощи, направленную на преодоление различного рода дискриминации. Одновременно, АП представляет собой образовательную технологию, которая активно используется в профессиональной подготовке

³ Григорьева Н.С. Чубарова Т.В. Гендерный подход в здравоохранении, - М., - Альфа-Принт, 2001, С. 76

помогающих специалистов за рубежом. Разработка и внедрение в отечественную теорию и практику социальной работы, а также в процесс профессиональной подготовки помогающих специалистов антидискриминаторной методологии является крайне востребованным и актуальными.

УРОВЕНЬ ПРОДУКЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 И ЕГО МЕМБРАННОГО РЕЦЕПТОРА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Мельников А.П., Корнетов Н.А., Рязанцева Н.В., Агарков А.П., Зима А.П., Жукова О.Б.

Сибирский государственный, медицинский университет г. Томск

Томская клиническая психиатрическая больница

В настоящее время в поле зрения исследований, направленных на изучение биологических основ патогенеза шизофрении, особое значение придается определению роли иммунного дисбаланса. Новые возможности в исследовании фундаментальных основ иммунных нарушений при психопатологии появились благодаря открытию цитокинов – основных медиаторов межклеточных взаимодействий и регуляторов иммунных реакций. Значимость их изучения у больных с психическими расстройствами продиктована еще и тем, что интерлейкины включены в процессы взаимодействия нервной и иммунной систем. Значительное внимание исследователями уделяется изучению продукции мононуклеарами интерлейкина-2 (ИЛ-2). ИЛ-2 – провоспалительный цитокин, регулирующий процесс пролиферации Т-клеток, В-клеток, макрофагов, т.е. типичный ростовой фактор клеток лимфомиелоидного ряда,

участвующий в инициации и реализации иммунного воспаления. В настоящее время выявлено, что клетки мозговой ткани (нейроны, глия) также могут продуцировать ИЛ-2 и несут на себе рецепторы к нему. Известно, что ИЛ-2 регулирует высвобождение дофамина из нейронов полосатого тела [Larshak P.A., 1992].

Анализ данных литературы о продукции мононуклеарами ИЛ-2 при шизофрении демонстрирует выраженную разобщенность фактических результатов. Одни исследователи установили статистически достоверное повышение, другие - напротив, угнетение продукции ИЛ-2 [Cazzullo S.L. et. al, 1998; Kim Y.K. et. al., 1998; Arolt V. et al., 2000; Ветлугина Т.П., 2000; Васильева Е.Ф. и соавт., 2002; Коляскина Г.И. и соавт., 2004]. Противоречивость полученных данных во первых, может быть связана, прежде всего, с клинической гетерогенностью исследованных групп шизофрении. Во-вторых, с различными по течению и клиническому полиморфизму проявлениями шизофрении обследованных разными авторами групп больных. В- третьих, не исключена внутрииндивидуальная изменчивость данных иммунологических показателей, которая перекрывает межиндивидуальную

Целью настоящего исследования являлось определение характера изменений продукции ИЛ-2 мононуклеарными лейкоцитами периферической крови и количество лимфоцитов, несущих мембраносвязанный рецептор к ИЛ-2 (ИЛ-2R), у больных параноидной шизофренией.

Всего было обследовано 35 больных с параноидной шизофренией с наличием выраженной психопатологической симптоматики (МКБ-10) и 20 практически здоровых доноров. Мононуклеары периферической крови выделяли на градиенте плотности Ficoll-Paque («Pharmacia», Швеция). Методом ИФА определяли содержание в супернатантах культур интактных и стимулированных *in vitro* РНА (phytohaemagglutinin) мононуклеарных лейкоцитов ИЛ-2 («Procon», Россия), методом проточной цитофлуориметрии – количество лимфоцитов, несущих мембранный ИЛ-2R («Caltag», США) на проточном цитометре Epics XL («Beckman Coulter», Франция). При

соответствии нормальному закону распределения признака в исследуемых выборках (критерий Колмогорова-Смирнова) проверку гипотезы о равенстве средних выборочных величин проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Для оценки достоверности различий выборок, не подчиняющихся критерию нормального распределения, использовали критерий Манна-Уитни. Различие двух сравниваемых величин считали достоверным, если вероятность их тождества оказывалась меньше 5%.

В результате проведенных нами исследований было выявлено достоверное снижение как базальной, так и стимулированной *in vitro* РНА продукции ИЛ-2 мононуклеарными лейкоцитами периферической крови у пациентов с хроническим течением параноидной шизофрении относительно аналогичных показателей у здоровых людей. Полученные данные также положительно коррелировали с изменением количества ИЛ-2Р-несущих лимфоцитов периферической крови. Учитывая ключевую роль ИЛ-2 как стимулятора пролиферации и дифференцировки Т-лимфоцитов-хелперов и Т-лимфоцитов-киллеров, действуя по аутокринному и паракринному типам, обнаруженное нами угнетение продукции системы ИЛ-2 – ИЛ-2Р свидетельствуют о дисфункции Т-клеточного звена иммунной системы.

Следует отметить, что все обследуемые нами больные параноидной шизофренией получали специфическую терапию. В современной литературе существует две точки. Они заключаются в том, что иммунологический ответ может быть как полностью модулированным нейрорептической терапией в эквивалентных дозах [Bessler H. et al., 1995; Leykin I. et al., 1996], так и быть независимым от эффекта лечения [Ganguli R. et al., 1995; Pollmacher T. et al., 1997]. Ряд авторов приводят сведения о том, что нейрорептики (хлорпромазин, галоперидол) способствуют стимуляции продукции мононуклеарами ИЛ-2. Однако, согласно данным R.Mahendran et al. [2004], уровень продукции мононуклеарами периферической крови ИЛ-2 у больных, страдающих параноидной шизофренией, максимально угнетался в стадии обострения заболевания и положительно коррелировал с продолжительностью заболевания.

Это свидетельствует о взаимосвязи цитокиновой дисрегуляции с длительностью психопатологического процесса и является показателем того, что шизофрения может быть причиной изменений в продукции и рецепции цитокинов клетками организма.

Таким образом, выявленное нами снижение продукции ИЛ-2 мононуклеарными лейкоцитами и количества ИЛ-2R⁺-лимфоцитов у больных с параноидной шизофренией свидетельствует об изменении направления иммунного ответа в сторону угнетения его клеточного звена. Дальнейшее сосоставление этих данных со специальной шкальной оценкой PANSS, тяжестью симптомов и выявленными молекулярными механизмами изменения продукции и рецепции цитокиновой сети может явиться некоторыми данными о вероятности патогенетической регулятивной связи иммунной системы с шизофренией

ОПЫТ ТЕРАПИИ ОЛАНЗАПИНОМ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Е.А. Мельникова, С.А. Рожков

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск
Томская клиническая психиатрическая больница,*

Применение в клинической практике МКБ-10 способствовало изменению статуса острых психотических расстройств. Хотя они, вероятно, представляют собой гетерогенную группу психических нарушений, клинически целесообразно отделение их от заболеваний с более затяжным течением и менее благоприятным прогнозом.

Вместе с тем, освещение подходов к терапии острых психозов часто исчерпывается отрывочными указаниями, разбросанными главным образом по отдельным публикациям, касающихся шизофрении и смежных психозов. В большинстве руководств по психофармакотерапии в подобных случаях рекомендуется применять нейролептики, в последнее время все больше

публикаций, в которых отмечается эффективность транквилизаторов в качестве седатиков, препаратов купирующих тревожный компонент аффекта (Джордж Арана, Джеральд Розенбаум, 2004; Ф. Бочнер с соавт., 2004; Ю. В. Попов, 2002)

Недостаточная эффективность традиционных нейролептиков при некоторых вариантах острых психозов, частота побочных нейролептических явлений обуславливает необходимость поиска новых возможностей для терапии острых психотических расстройств. В последнее десятилетие все большее значение при этом придается атипичным нейролептикам.

Нами анализировался опыт применения оланзапина при острых психотических расстройствах в Томской областной клинической психиатрической больнице.

Всего было обследовано 87 пациентов с острым психотическим расстройством, поступивших в ТОПБ в 2004 году. 27 из них получали оланзапин (16 женщин, и 11 мужчин). Остальным пациентам назначались традиционные нейролептики, другие атипичные нейролептики (клозапин, рисперидон) или комбинацию психофармакологических препаратов.

Критериями отбора являлись: первая госпитализация по поводу психотического расстройства в психиатрический стационар; психотическое состояние соответствовало критериям F23 «острого психотического расстройства»; возраст обследуемых был от 18 до 50 лет.

У 6 (22,2%) больных клиническая картина психоза соответствовала диагностическим критериям острого психотического расстройства без симптомов шизофрении, у 10 (30,0%) – острого психотического расстройства с симптомами шизофрении. У 9 (33,3%) пациентов диагностировалось острое шизофреноформное расстройство, у 2 (7,4%) – острое бредовое расстройство.

7 пациентов получали оланзапин парентерально в первые 3 дня терапии, с последующим переводом на пероральный прием. 20 пациентов принимали таблетированные формы препарата с первого дня терапии. Комбинация с другими препаратами осуществлялась лишь в виде назначения

транквилизаторов в первые дни лечения для усиления седации при выраженном психомоторном возбуждении. Суточная доза составляла 5-20 мг/сутки.

В целом, клинические наблюдения совпадали с имеющимися данными об эффективности оланзапина при острых психотических состояниях. Следует отметить следующие преимущества при лечении оланзапином:

- мощное седативное действие без явлений заторможенности;
- отсутствие экстрапирамидных побочных явлений;
- более быстрая редукция галлюцинаторно-бредовых и аффективных расстройств по сравнению с опытом лечения типичными нейролептиками.

Отмечались следующие особенности клинического улучшения состояния на фоне приема оланзапина. У больных с острым полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении редукция симптоматики происходила равномерно (по действию на психомоторное возбуждение, аффективные симптомы и галлюцинаторно-бредовую симптоматику) в течение первых 1-2 недель.

У больных с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении были обнаружены следующие особенности психотропной активности: равномерная редукция психотической симптоматики и первичный седативный эффект, который предшествовал действию на галлюцинаторно-бредовую симптоматику.

При шизофреноформном расстройстве и остром бредовом расстройстве как правило преобладал второй вариант с первоначальным седативным эффектом. Улучшение наступало постепенно с отчетливым эффектом на 3-4 неделе терапии.

Во всех случаях клинический эффект терапии оланзапином не уступал действию традиционных нейролептиков или превосходил его. При этом преимуществом являлось отсутствие или слабая выраженность побочных явлений. Быстрее формировалось критическое отношение к психотическим переживаниям, больные более охотно соглашались с необходимостью продолжать поддерживающую терапию (по крайней мере, формально).

В тоже время следует отметить побочные эффекты, наблюдавшиеся при терапии оланзапином. Наиболее заметными из них было повышение массы тела на 2-4 кг в течение месяца (19 пациентов, что составило 70,4%) . Причем повышение массы тела наблюдалось у всех женщин, и было более заметным по сравнению с мужчинами.

У 6 (22,2%) пациентов наблюдалась акатизия на 3 неделе терапии (2 больных с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении и 4 – с шизофреноформным расстройством). Во всех этих случаях пациенты получали дозу 20 мг оланзапина.

Повышенная сонливость в течение первой недели терапии с последующим ее уменьшением возникала у 11 пациентов(40,7%). Головокружение, ортостатические явления и головные боли отмечены у 14(51,9%) больных, эти явления редуцировались к началу второй недели терапии.

В одном случае применения оланзапина нами также наблюдалось быстрое развитие онейроидно-кататонической симптоматики у больной поступившей в стационар с симптомами полиморфного психотического расстройства. Однако, вероятнее всего, речь идет о том, что пациентка оказалась в стационаре на начальном этапе острого приступа шизофрении, вряд ли развитие кататонической симптоматики можно отнести за счет приема оланзапина. Во всяком случае, нами не наблюдались случаи с появлением симптомов нарушенного сознания, признаков делирия, которые иногда отмечаются на фоне приема клозапина.

Таким образом, опыт клинического применения оланзапина подтверждает его высокую эффективность при острых психотических состояниях, преимущества его применения по сравнению с традиционными нейролептиками. К сожалению ввиду отсутствия оланзапина в списке льготных препаратов в 2004 году и его практически высокой ценой все пациенты перед выпиской из стационара были переведены на прием типичных нейролептиков в качестве поддерживающего лечения, поэтому нам не удалось оценить его эффективность в качестве противорецидивной терапии.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ИЗУЧЕНИЯ СМЕШАННЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Б.Н.Пивень

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Наши многолетние исследования смешанных (синонимы – сочетанных, коморбидных, ассоциированных, заболеваний с двойным диагнозом) форм психической патологии дают все основания утверждать, что они представляют собой одну из наиболее значимых как в медицинском, так и в социальном планах проблему. О ее важности говорит уже то обстоятельство, что им в последние годы уделяется все больше внимания, о чем убедительно свидетельствует нарастающее число публикаций, касающихся сочетания эндогенных заболеваний и болезней зависимости.

Наши исследования показывают, что среди контингентов больных разных подразделений психиатрической службы от 12,6% до 42,4% приходится на долю пациентов со смешанными психическими заболеваниями. До 75,0% больных алкоголизмом имеют проявления других психических заболеваний широкого спектра. В результате полного анализа клинического материала нами выделены следующие основные закономерности смешанных психических расстройств:

- установлены клинико-динамические особенности сочетанных заболеваний;
- полиморфизм клинической картины, обусловленный сосуществованием нарушений, относящихся к разным нозологическим единицам;
- наложение внешне сходных расстройств, относящихся к разным заболеваниям;
- чередование доминирования в разные временные периоды признаков одного какого-то заболевания;

-превалирование на протяжении длительных отрезков времени проявлений одного заболевания при минимальной выраженности симптоматики другого;

- взаимовлияние сосуществующих заболеваний в сторону их утяжеления (преимущественный вариант) либо смягчения (редкий вариант).

В целом, выявлено неблагоприятное течение смешанных форм, что отражается на увеличении сроков средней продолжительности лечения больных с двойными расстройствами больных, по сравнению со средними сроками лечения больных с мононозологическими формами (на 12,% - 16,0%).

Смешанные формы могут представлять сочетание как двух (наиболее частый вариант), так и большего числа, по крайней мере трех, психических заболеваний. При этом сочетания имеют большой спектр вариантов, так как образуются практически всеми известными нозологическими единицами. Чаше сочетания формируются, что логично, наиболее распространенными заболеваниями – неврозами, органическими поражениями головного мозга, шизофренией, алкоголизмом.

Смешанные формы психических заболеваний с учетом своеобразия их клинических и динамических проявлений и значительной распространенности следует выделить в самостоятельный раздел психиатрии, что будет способствовать привлечению к ним должного и большего внимания как исследователей, так и практических врачей. Необходимо также четкое и внятное включение их в официальные классификации.

Возможно имеет смысл некоторый пересмотр существующего в психиатрии мононозологического, как мы его называем, подхода, нацеливающего врача на диагностику только одного какого-либо заболевания, что обуславливается традиционными образовательными алгоритмами в разделах учебников и руководств в рубриках «Дифференциальный диагноз», диктующими выбор по принципу «или – или» в пользу только какой-то одной нозологии.

Следует развивать полинозологический подход, способный давать большую возможность, чем мононозологический, раскрывать и оценивать все многообразие психопатологических проявлений, встречающихся у больных в реальной жизни. Основными положениями такого подхода мы считаем: учет большого удельного веса смешанных форм психической патологии в общей структуре психических заболеваний; предвидение высокой вероятности сочетания у больных разных психических заболеваний; нацеленность на большую возможность сосуществования у больных разных психических заболеваний; - активное выявление данных форм патологических образований.

Накопленный нами значительный опыт обучения врачей полинозологическому подходу показывает его конструктивность для повседневной врачебной деятельности.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А.В. Погосов, А.Ю. Коваленко, И.А. Погосова

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Высокая распространенность, серьезные медицинские и социальные последствия алкогольной зависимости свидетельствуют о том, что она как и прежде является актуальной проблемой современности. Одной из возможных причин недостаточной эффективности существующих подходов к терапии алкогольной зависимости следует считать недооценку роли, а порой и игнорирование коморбидных (сочетанных, сопутствующих) психических и поведенческих расстройств. В последние годы появилось большое количество публикаций отечественных и зарубежных исследователей, в которых обсуждаются вопросы сочетанного течения алкогольной зависимости и психических и поведенческих расстройств (С.В. Омельченко, 2002; В.Н.

Пивень, И.И. Шереметьева, 2003; А.Г. Гофман с соавт., 2003; М.А. Винникова, Г.Л. Гуревич, 2004; C. Grillon et al., 2000; B. Rodgers et al., 2000).

Существует мнение, что одним из возможных вариантов патологической адаптации при панических расстройствах является искусственное подавление соматических и психических симптомов с помощью алкоголя. Алкоголизация у мужчин неотступно следует за паническими расстройствами (Powell B.J. et al., 1982; Ross H. E. et al., 1988). Иной вариант взаимосвязи описан Л.К. Мыслицкой (1984), М.Ю. Соколовым (1987). Они наблюдали первое проявление панических расстройств на фоне тяжелого алкогольного абстинентного синдрома. При этом это послужило причиной последующего полного воздержания от спиртного. I.M. Goldenberg et al. (1997) обнаружили высокую распространенность коморбидности тревожных состояний и злоупотребления алкоголем. По их мнению, длительный период между началом одного и второго расстройства противоречит гипотезе наблюдающихся здесь причинно-следственных связей. Они более склонны считать, что пациенты чаще избегают употребления алкоголя, которое может провоцировать обострение тревоги. Авторы не обнаружили убедительных доказательств в пользу того, что злоупотребление алкоголем связано с попытками самолечения. M.A. Schuckit, V. Hesselbrock (1994) на основе критического обзора литературных данных пришли к выводу, что тревожные расстройства среди больных алкоголизмом встречаются не чаще, чем в общей популяции. R.J. Frances (1996), комментируя упомянутый обзор литературы, признает наличие двух вариантов взаимосвязи: тревожные расстройства могут предшествовать формированию зависимости от психоактивных веществ и индуцироваться ими. Ш.Т. Коэн, Р. Вейсс (1998) приводят пример, когда пациент паническим расстройством с агорафобией обнаруживает, что прием алкоголя уменьшает чувство страха. Систематическое употребление алкоголя приводит к формированию зависимости. Симптомы синдрома отмены усиливают страх, который вновь провоцирует пациента к употреблению алкоголя. Г.П. Колупаев с соавт. (2000) описали динамические особенности алкогольной зависимости при ее сочетании с кардиофобическим

синдромом (паническими атаками). Кардиофобический синдром возникал на фоне алкогольного эксцесса и провоцировался психогенной ситуацией. Одни больные для подавления фобических расстройств продолжали злоупотребление алкоголем, другие больные полностью прекратили употребление алкоголя. В ряде случаев кардиофобический синдром впервые появлялся после «кодирования». В работе Ю.Е. Варфоломеевой (2003) предпринимается попытка изучения тревожных состояний у больных алкоголизмом II стадии, поступивших на стационарное лечение после многодневного периода злоупотребления алкоголем с выраженными соматовегетативными, неврологическими и психопатологическими проявлениями алкогольного абстинентного синдрома. Исходя из существующего подхода к делению проявлений тревоги на соматические и психопатологические, автор расценивает ряд характерных симптомов алкогольного абстинентного синдрома (сердцебиение, болевые ощущения в области сердца, головную боль, головокружение, дрожание в конечностях, тошноту, рвоту, анорексию, нарушения сна и др.) как выражение тревожных состояний. В результате исследования она делает вывод о том, что у больных алкоголизмом наиболее часто встречаются генерализованные тревожные расстройства и панические атаки. Известно, что для диагностики панической атаки в соответствии с указаниями современных систематик психических и поведенческих расстройств (МКБ-10, DSM-IV) необходимо наличие пароксизмального характера тревоги, нескольких панических атак на протяжении периода около 1 мес., тревоги «предвосхищения» и др. Что касается диагностики генерализованного тревожного расстройства, то она возможна при обнаружении тревожности и беспокойства относительно двух или более жизненных обстоятельств, продолжающихся в течение 6 мес. или дольше.

Как видно, сведения, содержащиеся в приведенных работах, отличаются противоречивостью. Они свидетельствуют о том, что клинические аспекты коморбидных алкогольной зависимости и тревожно-фобических расстройств в плане феноменологии, вариантов динамики и прогноза указанных заболеваний

далеки от своего разрешения. Остаются не изученными клинико-психопатологические и психологические (личностные) механизмы формирования и сочетанного течения алкогольной зависимости и тревожно-фобических расстройств. Изложенное указывает на целесообразность комплексного клинико-психопатологического и психологического исследования коморбидных алкогольной зависимости и тревожно-фобических расстройств.

Обследован 151 больной. У 121 из них алкогольная зависимость сочеталась с паническими расстройствами (основная группа). В контрольную группу вошли 30 больных только паническими расстройствами. Диагностика осуществлялась в соответствии с указаниями МКБ-10 и DSM-IV. Личностные характеристики изучались экспериментально-психологическим методом (опросник ММРІ). Полученные результаты обработаны статистически с определением достоверности по критерию Стьюдента.

В результате проведенного исследования обозначено два варианта сочетания алкогольной зависимости и панических расстройств. При первом варианте (1-я группа, 90 больных) панические атаки впервые появлялись в постинтоксикационном состоянии (начальная стадия алкогольной зависимости – 30 чел. - 33,33 %), либо в состоянии отмены (средняя стадия алкогольной зависимости – 60 чел. - 66,67%). При втором варианте (2-я группа, 31 больной) алкогольная зависимость (начальная стадия – 27 чел. - 87,10%; средняя – 4 чел. - 12,90 %) формировалась у больных паническими расстройствами. Причиной систематического приема алкоголя здесь была «тревога предвосхищения». Опасения, связанные с возможностью развития повторных панических атак, смягчались либо купировались приемом алкоголя.

У больных 1-ой группы описаны динамические особенности алкогольной зависимости. Панические атаки в одних случаях (57 больных) являлись причиной появления устойчивой установки на воздержание от алкоголя, несмотря на периодическое обострение патологического влечения к нему. Это происходило из-за опасений повторения панических атак и формирования на

фоне проявлений панического расстройства повышенного внимания к своему здоровью (явления ригидной ипохондрии по А.Б. Смулевичу). В других случаях (33 больных) «тревога предвосхищения» панических атак обуславливала актуализацию патологического влечения к алкоголю, что вызывало срыв и без того непродолжительных ремиссий. В 1-ой группе больных установлено влияние алкогольной зависимости на клинические проявления панических расстройств. Особенности клиники панических атак у больных средней стадией алкогольной зависимости являлись частая регистрация страха и аллопсихической деперсонализации, большой набор наблюдаемых вегетативных симптомов (от пяти до семи). Кроме того, в панических атаках находили отражение характерные для алкогольной зависимости проявления органической неполноценности мозга (дисфории, слабодушие, фотопсии), часто фиксировались вегетативные нарушения мочеиспускания.

Результаты проведенного исследования показали, что сочетание алкогольной зависимости и панических расстройств видоизменяет личностный профиль больных. Если для больных только паническими расстройствами (контрольная группа) характерно увеличение показателей по шкалам ипохондрии, истерии, депрессии, тревожности и шизофрении, то при коморбидности алкогольной зависимости и панических расстройств вышеуказанные изменения сочетались (за счет присоединения характерных для алкогольной зависимости психопатоподобных черт) с высокими показателями по шкалам психопатии и паранойальности (опросник MMPI). Приведенные результаты будут использованы в качестве дополнительных диагностических и прогностических критериев в случаях сочетания алкогольной зависимости с паническими расстройствами. Они лягут в основу при разработке психофармакотерапевтических и реабилитационных мероприятий, что повысит эффективность терапии указанной сочетанной патологии.

Появилось большое количество публикаций отечественных и зарубежных исследователей, в которых обсуждаются вопросы сочетанного течения алкогольной зависимости и психических и поведенческих расстройств (С.В.

Омельченко, 2002; В.Н. Пивень, И.И. Шереметьева, 2003; А.Г. Гофман с соавт., 2003; М.А. Винникова, Г.Л. Гуревич, 2004; С. Grillon et al., 2000; В. Rodgers et al., 2000).

Существует мнение, что одним из возможных вариантов патологической адаптации при панических расстройствах является искусственное подавление соматических и психических симптомов с помощью алкоголя. Алкоголизация у мужчин неотступно следует за паническими расстройствами (Powell B.J. et al., 1982; Ross H. E. et al., 1988). Иной вариант взаимосвязи описан Л.К. Мыслицкой (1984), М.Ю. Соколовым (1987). Они наблюдали первое проявление панических расстройств на фоне тяжелого алкогольного абстинентного синдрома. Причем это послужило причиной последующего полного воздержания от спиртного. I.M. Goldenberg et al. (1997) обнаружили высокую распространенность коморбидности тревожных состояний и злоупотребления алкоголем. По их мнению, длительный период между началом одного и второго расстройства противоречит гипотезе наблюдающихся здесь причинно-следственных связей. Они более склонны считать, что пациенты чаще избегают употребление алкоголя, которое может провоцировать обострение тревоги. Авторы не обнаружили убедительных доказательств в пользу того, что злоупотребление алкоголем связано с попытками самолечения. М.А. Schuckit, V. Hesselbrock (1994) на основе критического обзора литературных данных пришли к выводу, что тревожные расстройства среди больных алкоголизмом встречаются не чаще, чем в общей популяции. R.J. Frances (1996), комментируя упомянутый обзор литературы, признает наличие двух вариантов взаимосвязи: тревожные расстройства могут предшествовать формированию зависимости от психоактивных веществ и индуцироваться ими. Ш.Т. Коэн, Р. Вейсс (1998) приводят пример, когда пациент паническим расстройством с агорафобией обнаруживает, что прием алкоголя уменьшает чувство страха. Систематическое употребление алкоголя приводит к формированию зависимости. Симптомы синдрома отмены усиливают страх, который вновь провоцирует пациента к употреблению алкоголя. Г.П. Колупаев с соавт. (2000) описали динамические

особенности алкогольной зависимости при ее сочетании с кардиофобическим синдромом (паническими атаками). Кардиофобический синдром возникал на фоне алкогольного эксцесса и провоцировался психогенной ситуацией. Одни больные для подавления фобических расстройств продолжали злоупотребление алкоголем, другие больные полностью прекратили употребление алкоголя. В ряде случаев кардиофобический синдром впервые появлялся после «кодирования». В работе Ю.Е. Варфоломеевой (2003) предпринимается попытка изучения тревожных состояний у больных алкоголизмом II стадии, поступивших на стационарное лечение после многодневного периода злоупотребления алкоголем с выраженными соматовегетативными, неврологическими и психопатологическими проявлениями алкогольного абстинентного синдрома. Исходя из существующего подхода к делению проявлений тревоги на соматические и психопатологические, автор расценивает ряд характерных симптомов алкогольного абстинентного синдрома (сердцебиение, болевые ощущения в области сердца, головную боль, головокружение, дрожание в конечностях, тошноту, рвоту, анорексию, нарушения сна и др.) как выражение тревожных состояний. В результате исследования она делает вывод о том, что у больных алкоголизмом наиболее часто встречаются генерализованные тревожные расстройства и панические атаки. Известно, что для диагностики панической атаки в соответствии с указаниями современных систематик психических и поведенческих расстройств (МКБ-10, DSM-IV) необходимо наличие пароксизмального характера тревоги, нескольких панических атак на протяжении периода около 1 мес., тревоги «предвосхищения» и др. Что касается диагностики генерализованного тревожного расстройства, то она возможна при обнаружении тревожности и беспокойства относительно двух или более жизненных обстоятельств, продолжающихся в течение 6 мес. или дольше.

Как видно, сведения, содержащиеся в приведенных работах, отличаются противоречивостью. Они свидетельствуют о том, что клинические аспекты коморбидных алкогольной зависимости и тревожно-фобических расстройств в

плане феноменологии, вариантов динамики и прогноза указанных заболеваний далеки от своего разрешения. Остаются не изученными клинико-психопатологические и психологические (личностные) механизмы формирования и сочетанного течения алкогольной зависимости и тревожно-фобических расстройств. Изложенное указывает на целесообразность комплексного клинико-психопатологического и психологического исследования коморбидных алкогольной зависимости и тревожно-фобических расстройств.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

И.А. Погосова, Р.В. Калугин, Ю.В. Богушевская

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

В последние годы отмечен рост интереса исследователей к изучению различных аспектов соматоформных расстройств. Актуальность проблемы соматоформных расстройств связана, прежде всего, с наметившейся тенденцией к увеличению количества таких больных в популяции. Несвоевременная диагностика, низкие результаты лечения соматоформных расстройств влекут за собой значительные финансовые затраты (А.Б. Смулевич с соавт., 2002; Н.М. Жариков, В.Я. Гиндикин, 2002; С.В. Иванов, 2002; Б.В. Михайлов с соавт., 2003; Т.Ю. Куликова, О.И. Гурина, 2004). Наиболее важным разделом в исследовании соматоформных расстройств является поиск эффективных способов их лечения (К. Grawe et al., 1994). В настоящее время психотерапевтическое вмешательство широко распространено при лечении больных соматоформными расстройствами. Несмотря на то, что на практике используется весь спектр современных форм и методов психотерапии, оценка их эффективности, являющаяся важной в процессе подбора наиболее оптимальных форм психотерапевтического воздействия, проводится крайне редко. Поэтому нами была поставлена цель: оценить эффективность групповой психотерапии больных соматоформными расстройствами. В качестве критерия оценки

эффективности мы использовали изменения в эмоционально-личностной сфере (депрессия, ситуативная и личностная тревожность, самооценка).

В психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы, в дневных стационарах Курского клинического психоневрологического диспансера обследовано 50 больных соматоформными расстройствами. Использовались диагностические указания МКБ-10. Кроме непосредственного обследования больных изучалась их амбулаторная и архивная медицинская документация. Для исследования состояния эмоционально-личностной сферы больных применяли следующие диагностические методики: 1) шкала оценки уровня ситуативной и личностной тревожности, предложенная Спилбергером и адаптированная Ханиным; 2) методика Дембо-Рубинштейн; 3) шкала Монгмери-Асберг (MADRS), разработанная для оценки тяжести депрессии и ее динамики в процессе терапии. Использовались две рандомизированные группы (контрольная и основная), в которых проводилось предварительное и итоговое тестирование. В контрольную группу вошли 32 больных, основным методом лечения которых являлась психофармакотерапия. Больным основной группы (18 человек), наряду с медикаментозным лечением, назначали групповую психотерапию по схеме: общая длительность сеансов 30 часов, регулярность встреч 5 раз в неделю по 1-1,5 часа. Программа включала в себя мотивирующий этап, этап работы с чувствами, этап рефлексии, этап проработки прошлого опыта, этап интеграции приобретенного опыта и становления активной жизненной позиции. Целью психотерапевтической работы было подведение больного к осознанию своей проблемы, самостоятельной ее формулировке, исчерпание и развенчание связанных с нею стереотипов через рефлекссию, привитие здоровых форм поведения. Для статистической обработки результатов использовали Т-критерий Вилкоксона, критерий Фишера, критерий U – Манна-Уитни.

Оценка состояния эмоционально-личностной сферы у больных соматоформными расстройствами до начала лечения показала, что средний уровень личностной тревожности в исследуемой выборке составил 47,29 балла.

По шкале ситуативной тревожности на момент поступления средний уровень таковой составлял 47,55 баллов. Средний уровень депрессии находился в пределах 23,3 баллов. У 24 (75%) больных отмечалась неадекватная самооценка.

При повторном тестировании были получены данные о состоянии эмоционально-личностной сферы в обозначенных группах после завершения лечения. Средний уровень депрессии у представителей контрольной группы имел тенденцию к снижению (от 22,9 до 18,4 баллов). Аналогичная ситуация обнаружена по шкалам ситуативной (от 50,2 до 35 баллов) и личностной тревожности (от 46,75 до 44,53 баллов). Результаты статистического анализа выявили достоверное снижение уровня депрессии у 29 человек. Изменения обратного характера обнаружены у 2 человек, отсутствие изменений у 1 человека. В контрольной группе произошли изменения личностной тревожности: у 17 больных отмечались сдвиги в сторону ее снижения, у 9 наблюдались обратные сдвиги. Установлена более благоприятная ситуация, касающаяся ситуативной тревожности. У всех больных контрольной группы отмечались сдвиги в сторону ее снижения. Неадекватная самооценка наблюдалась у 24 (75%) больных до лечения и у 20 (63%) больных после лечения. Используемый в данном случае статистический критерий Фишера, вопреки наметившимся положительным изменениям, не показал значимых различий. Таким образом, у больных контрольной группы произошли существенные изменения в эмоционально-личностной сфере, а именно, снижение уровня депрессии, личностной и ситуативной тревожности. Исключением стало состояние самооценки, в котором, хотя и произошли положительные изменения, но статистически они не подтвердились.

Следующим этапом нашего исследования стало изучение изменений в эмоционально-личностной сфере в основной группе, в которой групповая психотерапия сочеталась с психофармакотерапией. Средний уровень депрессии имел тенденцию к снижению (от 23,7 до 18,2 баллов). Аналогичные изменения произошли с показателями ситуативной и личностной тревожности: средний уровень ситуативной тревожности снизился от 44,95 до 34,35 баллов, уровень

личностной тревожности от 48,14 до 41,2 баллов. Для подтверждения данных общей статистики нами использовался статистический критерий Т-Вилкоксона. В ходе обработки результатов, как и в контрольной группе, типичными стали отрицательные сдвиги, характеризующие снижение уровня депрессии, личностной и ситуативной тревожности. У всех испытуемых основной группы (18) произошли сдвиги в сторону снижения уровня депрессии. У 15 больных отмечено снижение ситуативной тревоги, у 2 сдвиг имел обратный вектор. У 16 больных зафиксировано снижение личностной тревоги. Неадекватная самооценка в предварительном тестировании отмечалась у 14 (78%) человек, в итоговом у 7 (39%) человек, что свидетельствует о положительных изменениях. Полученные данные свидетельствуют о достоверно значимых изменениях, произошедших в эмоционально-личностной сфере у больных основной группы.

Из результатов исследования видно, что статистически значимые изменения произошли в обеих группах.

Сравнение итогов повторного тестирования в основной и контрольной группах показало достоверные различия в сфере самооценки. По уровню депрессии в сопоставляемых группах статистически значимых различий не отмечалось. При сравнении сдвигов в уровне личностной тревожности у представителей анализируемых групп выявлены статистически значимые различия, указывающие на более существенное снижение уровня личностной тревожности у больных основной группы. В результате сопоставления сдвигов в уровне ситуативной тревожности в контрольной и основной группах достоверно значимых различий не выявлено.

Таким образом, для больных соматоформными расстройствами характерны высокий и средний уровни личностной и ситуативной тревожности, сочетающиеся с депрессией и неадекватной самооценкой. В группе больных, в которой проводилась психофармакотерапия, отмечалось снижение уровня депрессии и ситуативной тревожности. Больным, которым в дополнение к медикаментозному лечению назначались групповая психотерапия, наряду со снижением уровня депрессии и ситуативной тревожности, зафиксировано

снижение уровня личностной тревожности и формирование более адекватной самооценки. Результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о положительной роли групповой психотерапии в лечении соматоформных расстройств. С учетом выявленной эффективности психотерапевтических мероприятий, предложенных нами, целесообразно их использование в лечении больных соматоформными расстройствами. Групповые формы психотерапии, затрагивая более глубокие личностные структуры, ведут к качественной психологической перестройке самосознания пациента, что станет фундаментом для полноценного функционирования личности в дальнейшем.

ПРОМЫШЛЕННАЯ ПСИХИАТРИЯ В НОВЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Б.С. Положий

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

Промышленная психиатрия представляет собой раздел психиатрии, изучающий особенности психического здоровья у работников промышленности. Это направление успешно развивалось в нашей стране в 80-х годах прошедшего столетия. В эти годы была сформирована ее концепция, разработано методическое обеспечение, определены основные цели и задачи, проведены крупномасштабные комплексные исследования психического здоровья работников различных отраслей промышленности, охватившие большинство индустриальных районов СССР. Одним из центров развития промышленной психиатрии в стране стал Сибирский филиал Института психиатрии АМН СССР (ныне НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН), возглавлявшийся в то время видным ученым и крупнейшим организатором науки и здравоохранения академиком РАМН А.И. Потаповым. Следует особо отметить, что становление промышленной психиатрии в значительной степени базировалось на достижениях томской школы психиатров (Е.Д. Красик А.И.

Потапов, А.Л. Шмилович и др.) в области индустриальной реабилитации психически больных.

К числу важнейших научных результатов проведенных исследований следует отнести данные о состоянии психического здоровья работников различных отраслей промышленности, уровне распространенности психических расстройств на производстве, их клинической структуре, феноменологии и динамике; влиянии психической патологии на профессиональную и социально-бытовую адаптацию работающих в промышленности.

Другим актуальным аспектом явилось определение патогенных в отношении психического здоровья факторов производственной среды. При этом были выявлены две группы факторов – микросоциальные и экологически патогенные. К первым из них относятся особенности профессиональной сферы жизни работников промышленности, определяемые видами, условиями и организацией труда, а также характером межличностных отношений в процессе производственной деятельности. Ко вторым - экзогенные вредности (химические, физические, радиационные и т.д.), сопровождающие работу на производстве. В большинстве случаев встречались различные сочетания данных факторов, причем развитие тех или иных форм психической патологии было непосредственно связано с воздействием конкретных групп факторов.

Важным достижением промышленной психиатрии советского периода стало создание организационных моделей психиатрической и психопрофилактической помощи на крупных промышленных предприятиях. Одной из первых таких моделей стал «Центр охраны психического здоровья» на Томском манометровом заводе, созданный по инициативе и с непосредственным участием академика РАМН А.И. Потапова в 1992 г. Его деятельность позволила не только повысить уровень психического здоровья работающих, создать систему эффективной лечебной помощи больным с пограничными психическими расстройствами в условиях производства, повысить уровень психогигиенической культуры персонала, но и внести вклад в

снижение общей заболеваемости и временной нетрудоспособности на предприятии.

Радикальные социально-экономические изменения начала 1990-х годов, сопровождавшиеся кризисом в сфере промышленного производства, закрытием многих предприятий, появлением безработицы и другими издержками процесса реформ, привели к исчезновению системы психопрофилактической помощи в промышленности и фактическому свертыванию исследований в области промышленной психиатрии. Эти процессы имели объективный характер, будучи обусловленными как спадом производства, так и неполным соответствием разработанных в советские времена принципов, форм и методов охраны психического здоровья работающих условиям новой, базирующейся на рыночных отношениях, экономики.

В настоящее время, когда страна постепенно выходит из социально-экономического кризиса, а отечественная промышленность вновь начинает обретать свою силу, охрана психического здоровья работающих опять становится одним из важнейших факторов успешного развития индустрии. Исходя из вышеизложенного, возрождение отечественной промышленной психиатрии с бережным сохранением всего лучшего, что было накоплено в предыдущие годы, а также определение ее новых целей, задач, форм и методов является на сегодняшний день одним из наиболее социально значимых направлений психиатрической науки и практики.

Основанием для этого тезиса служит то, что современное промышленное производство предъявляет повышенные требования к состоянию психического здоровья работающих, определяющего их трудоспособность, инициативность, психологическую устойчивость, способность к освоению новых технологий. В свою очередь от уровня психического здоровья персонала зависят стабильность, безопасность и эффективность производственной деятельности предприятий.

Таким образом, целью промышленной психиатрии на современном этапе является создание системы охраны, укрепления и восстановления психического здоровья у работающих в промышленности, обеспечивающей развитие и

сохранение трудового потенциала страны, максимальную реализацию человеком возможностей своей психики, сохранение профессионального здоровья и долголетия. При этом работодатель должен нести ответственность за психическое здоровье всего персонала, а наемный работник – за собственное психическое здоровье.

Поставленная цель определяет приоритет оздоровительных и профилактических мер в системе охраны психического здоровья работников промышленности. Следовательно, субъектом промышленной психиатрии становится не только (и не столько) больной, сколько здоровый в психическом отношении человек.

К числу основных задач современной промышленной психиатрии следует отнести следующие:

- формирование культуры психического здоровья у работающих, предполагающее развитие у них потребности к здоровому образу жизни и его соответствие требованиям профессии и виду труда; понимание собственной ответственности за состояние своего психического здоровья. Следует заметить, что выполнение этой задачи становится возможным, благодаря отмечающейся в последние годы у работающих возрастающей мотивационной заинтересованности в укреплении своего здоровья, поскольку в условиях рыночной экономики и конкуренции успеха добиваются лишь психологически устойчивые и здоровые люди. Это разительно отличает нынешнее поколение работающих от своих предшественников из недалекого прошлого.

- ориентация здоровых в психическом отношении работающих на использование собственных психологических резервов;

- определение соответствия психофизиологических возможностей человека выбранной им профессии, условиям и характеру труда;

- обучение работающих методам психологического самоконтроля, психоэмоциональной разгрузки и совладания со стрессом;

- проведение массовых психопрофилактических обследований работающих с целью определения уровня их психического здоровья и

представления индивидуальных рекомендаций по его сохранению, укреплению, либо восстановлению;

- активное выявление и профилактическое лечение работающих с субклиническими нарушениями психического здоровья;

- раннее выявление и адекватное лечение работников, страдающих психическими расстройствами. Особое внимание должно быть уделено депрессивным, стрессовым и соматоформным расстройствам, составляющим в условиях новой социально-экономической ситуации около 90 % в структуре психической патологии работников промышленности (данные Б.С.Положего и его сотрудников по Московскому машиностроительному заводу «Авангард», 2000 г.).

- расширение объемов и методов немедикаментозного лечения, в том числе, психологического консультирования, психокоррекции, психотерапии, рефлексотерапии и др., играющих главную роль в лечении пограничных и аффективных психических расстройств;

- проведение мониторинга психического здоровья работающих и создание банка данных о динамике популяционного психического здоровья персонала.

Особое внимание следует уделить разработке дифференцированных программ охраны и укрепления психического здоровья в различных профессиональных группах населения. Эти программы должны учитывать особенности труда и связанные с ними специфические факторы риска развития психических расстройств. Например, для работников нефте- и газодобывающих предприятий наиболее патогенными в отношении психического здоровья являются повышенный риск аварий и иных нештатных ситуаций, отдаленность и изолированность мест работы и проживания, неразвитость социальной инфраструктуры в рабочих поселках, экстремальные природные условия, обусловленные дислокацией предприятий в районах Крайнего Севера. Для лиц, занятых на конвейерном производстве, психопатогенными факторами становятся гиподинамия, монотонность труда, психоэмоциональное перенапряжение; для моряков – социальная депривация, для работников

силовых структур – постоянный риск возникновения ситуаций, опасных для жизни и здоровья, и т.д.

Заслуживают уточнения принципы оказания психопрофилактической помощи на производстве. К их числу можно отнести:

- применение гибких недирективных методических подходов, учитывающих произошедшие за последние годы изменения в общественном сознании работающих;
- соблюдение принципа добровольности при проведении массовых психопрофилактических обследований;
- обеспечение анонимности в отношении квалификации психического состояния пациента и полученной от него информации;
- организация семейных форм помощи, предусматривающих активное привлечение членов семьи пациента к процессам его лечения и реабилитации.

В организационном отношении представляются возможными два варианта системы психопрофилактической помощи на промышленных предприятиях. Первый из них предполагает введение в структуру лечебно-профилактических учреждений промышленной медицины (медико-санитарные части, поликлиники, лечебные объединения и т.д.) психопрофилактических подразделений (кабинеты, центры, отделения). Наиболее перспективным представляется введение таких звеньев в структуру вновь организуемых Центров здоровья на промышленных предприятиях. Достоинством этого варианта является возможность участия психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов в комплексных программах оздоровления работающих, взаимодействие с другими специалистами, занятыми в сфере профилактической медицины труда.

Второй вариант предусматривает организацию специальных Центров охраны психического здоровья на предприятиях, не обладающих собственными медицинскими службами. В этом случае потребуется поиск новых экономических подходов для привлечения дополнительных финансовых ресурсов, обеспечивающих деятельность таких психопрофилактических служб.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С УЧИТЕЛЕМ.

Н.И. Прокопинская .

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Кризис в обществе в значительной мере связан с кризисом системы образования, которая ориентирована главным образом на передачу знаний, но не на развитие ученика. Поэтому основные тенденции развития современной педагогики направлены на гуманизацию сферы образования. Однако современный учитель психологически не готов взять на себя ответственность за проведение тех радикальных перемен в учебно-воспитательном процессе, которых ожидает от него общество.

Специфика учительской профессии изолирует друг от друга членов коллектива, т.к. большую часть времени учитель работает в классе один на один со своими проблемами, и его контакты с коллегами в значительной степени ограничены. Учителя воспринимают себя очень автономно, что ведет к чувству отчужденности, изоляции и одиночества. Это оказывает свое специфическое влияние на самосознание учителей, затрудняет восприятие другого как источника педагогического опыта и инноваций (Дежникова Н.С.,1990; Немов Р.С.,1990; Орлов А.А.,1990). . При хронизации профессиональной нагрузки, с увеличением стажа и возраста, происходит резкое увеличение социальной конформности, осознания и исполнения социальных требований, параллельно происходит накопление усталости, развитие тревожно-депрессивных состояний, поведенческих срывов, вегетососудистых расстройств и т. д. Дополнительным фактором, способствующим именно такому развитию событий, является преобладание женщин среди учителей, у которых реализация в социуме тесно связана с их реализацией в семье. Опыт консультативной работы с работниками образования позволил выявить ряд проблем, связанных с ощущением вины за просчеты в воспитании собственных детей, за дефицит внимания к ним в раннем детстве и попытка компенсировать это, когда они находятся в

подростковом возрасте, ощущение своей профессиональной нереализованности, жизненной неудачливости. В этом случае в основе воспитания лежит, неосознанная потребность, которую они пытаются удовлетворить в процессе воспитания в семье и учебно-воспитательной работы в школе. С увеличением стажа и возраста учителя вероятность профессионально обусловленных личностных изменений и потерь в здоровье резко возрастают. С возрастом у этой категории людей доминирует склонность к сомнениям, постоянная умственная "жвачка", взвешивание обстоятельств "за" и "против", что сдерживает принятие решений и активные действия. Поэтому всякая инициатива тормозится, новое дело становится источником мучений. Для такого типа людей характерна нерешительность, поиск поддержки у окружающих, подчиненное положение, нежелание принятия самостоятельных решений (внешний локус контроля по Ефименко О.Г., Хван А.А, с.53). Нервная и физическая перегрузка учителей, неразрешенные проблемы, о которых говорилось выше, приводит к заболеваниям учителей (Корнетов Н.А. 1993 Внучков В.В.,1995).

Обследования работников образования в г.Томске проведенные О.А.Павловой (1999) показали, что психические расстройства расстройствами широко распространены у преподаватели школ (52,3%), из них в возрасте 30 -50 лет (74,5%), с педагогическим стажем более 10 лет (84%) Анализ факторов, неблагоприятно влияющих на состояние здоровья работников образования, показал, что наиболее значимыми оказались профессиональные и социальные и, в меньшей мере, микросоциальные. У 84,1% обследуемых учителей отмечалось нервно-психическое напряжение в процессе педагогической деятельности, интеллектуальная перегрузка в 64,5%; неудовлетворенность материальным положением -80,9%, социальным -55,9%; неудовлетворенность профессией - 28,6%; семейно-бытовые проблемы -70,4%. Все вышесказанное приводит к социально-психологическим деформациям личности учителя.

Поэтому психосоциальные программы помощи учителю необходимо разрабатывать с учетом особенностей его профессиональной деятельности.

Первоочередная задача психолога - помочь учителю осознать его проблемы и нужды. Возникновение желания устранить нужду является важным моментом в формировании потребности профессионального и личностного развития, под влиянием которой возникает побуждение к поиску путей и средств ее удовлетворения и определяет всю дальнейшую поисковую активность человека. На этом этапе и актуализируется абстрактная цель (профессиональное развитие), которая ведет к формированию побуждения, к поиску конкретных способов удовлетворения потребности. Другим направлением в работе психолога может быть информационная помощь учителю, направленная на осознание того, что личностное и профессиональное развитие может помочь разрешить проблемы и стать его потребностью.

Определяющим фактором развития личности является деятельностно-опосредованный тип взаимоотношений, складывающийся у человека с референтной группой, в качестве которой для учителя выступают его коллеги, учащиеся и их родители, администрация школы и, конечно, его семья. Существует достаточно многочисленная группа учителей, которые характеризуются повышенной конфликтностью. Причина такого их поведения связана с недостаточно успешным прохождением фазы индивидуализации. Вхождение в референтную группу (а это происходит в процессе всего времени взаимодействия субъекта с референтной группой) сопровождается поиском средств и способов обозначения своей индивидуальности. Неспособность осознать это провоцирует негативизм, агрессивность и подозрительность в этой среде. Последствия сказываются и на стиле педагогической деятельности. Согласно С.Л. Рубинштейну (1989) и Б.Ф. Ломову (1990), если противоречие между стремлением быть идеально представленным своими особенностями и отличиями, и потребностью быть принятыми, одобряемыми референтной группой устранено, то формируются положительные качества. Прежде всего это гуманность, доверие к людям, справедливость, самоопределение в социальной среде, требовательность к себе и к другим.

Поэтому работа психолога наиболее эффективна, если воздействие направлено не только на отдельного учителя, но в целом на педагогический коллектив, причем развитие учителя и коллектива осуществляется одновременно, путем создания рефлексивной среды, когда выявляются и разрешаются проблемно-конфликтные ситуации как личностные, так и коллективные. Социально-психологический климат в педагогическом коллективе задает мотивационный градиент, который позволяет на первый план вынести цели, достижимые лишь в результате длительной работы учителя над собой.

КОМОРБИДНЫЕ ДИССОЦИАТИВНО-КОНВЕРСИОННЫЕ И ДИСТИМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

И.В. Пшеничных

Иркутский Государственный медицинский университет, г. Иркутск

Стойкие и выраженные диссоциативно-конверсионные расстройства, нередко сочетаются с широким спектром психопатологических расстройств, в том числе, более чем в 50% с депрессией (Marsden C.D., 1986; Spitzer C., 1994; Pechlivanturk B., et al., 2000; Zimmerman M., et al., 2002; Ugus S., et al., 2003).

Целью данного исследования было изучение клинических особенностей коморбидных диссоциативно-конверсионных расстройств и депрессии, в зависимости от возраста на этапе развернутой симптоматики (манифеста).

Изучалась группа больных (62 человека), проходивших лечение в условиях психиатрического дневного стационара, Все пациенты были женского пола в возрасте от 21 до 58 лет (средний возраст $41,8 \pm 8,3$ лет). Катамнез заболевания составил от 1 до 17 лет (в среднем $5 \pm 3,9$ года). В большинстве случаев (85%) госпитализация была повторной. Количество госпитализаций было от 1 до 8. Первичная госпитализации чаще определялись

психотравмирующими событиями, однако в дальнейшем такая связь не прослеживалась.

В зависимости от возраста, манифестации заболевания, пациенты разделялись на 2 группы. Первая группа – «молодая», включала 13 пациентов с манифестом в возрасте до 35 лет (средний возраст $30,4 \pm 2,2$ года. Вторая группа – «старшая» (48 человек) – после 35 лет (средний возраст $45,2 \pm 4,2$ года). Возраст первичного направления к психиатру в первой группе составлял $31,8 \pm 3,2$ года, во второй – $43,5 \pm 5,6$ года.

Различий между группами в социальном, семейном статусе, уровне и модальности ситуационных воздействий не отмечалось.. По преморбидным особенностям, в первой группе преобладали пациенты с зависимыми и гистрионными чертами характера, во-второй чаще встречались мозаичные истеро-шизоидные особенности ($p < 0,01$), не достигающие выраженности психопатических.

В клинике коморбидных состояний у больных «молодой» группы с высокой частотой выявлялись паникоподобные состояния с преобладанием конверсивных нарушений в их структуре (затруднения дыхания с чувством кома в горле, переживание тревоги с выраженной тряской в теле, конечностях, нечеткое зрение, элементы астазии-абазии) - 76% наблюдений. Данные состояния нередко сопровождалась своеобразной агорафобией с демонстрацией полной беспомощности и требованием постоянного сопровождения больных, близкими. В кругу перманентных нарушений доминировала дистимия с выраженной раздражительностью, склонностью к реакциям в структуре которых актуализировалась персистирующая конверсионная и соматоформная симптоматика. Согласно данным психометрической шкалы диссоциативных расстройств – ИВДЛ (Жидких Б.Д. 2003 год) среди больных данной группы достоверно чаще выявлялся истерический вариант дезадаптации ($p < 0,02$).

В клинике заболевания второй группы - пароксизмальноподобные расстройства наблюдались в два раза реже. Преобладали перманентные

диссоциативные (элементы псевдодеменции в условиях требующих интеллектуального и эмоционального напряжения, гипомнезии, сенсорные обманы) и соматоформные (по типу «телесных фантазий» - Буренина Н.И., 1997) расстройства. В структуре дистимии наблюдались колебания от тревожной окраски к астено-апатическому радикалу.

Полученные данные позволяют сделать вывод о существенных различиях в клинических проявлениях затяжных коморбидных диссоциативно-конверсионных и депрессивных (дистимических) расстройств в зависимости от возраста манифестации заболевания и предполагают необходимость дальнейшего изучения данных состояний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЕКТИВНОГО ТЕСТА ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ

Ю.В. Сарычева, Т.Ю. Ласовская

Новосибирская государственная медицинская академия, г. Новосибирск

В настоящее время существует ряд высокоспецифичных тестов для диагностики синдрома эмоционального выгорания “Maslash Burn-Out Inventory Manual” (Maslash C., Jackson S., 1986); “Опросник поведения и переживания, связанного с работой (“Areitsebezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster”): Schaarschmidt U., Fischer A.W., 1996: “Методика диагностики уровня эмоционального выгорания” (Бойко В.В., 1999). Тем не менее, ряд особенностей современной врачебной деятельности с несоответствующей оплатой труда (большое количество пациентов на одного врача при амбулаторном и стационарном приеме, работа в экстренных службах, ночные дежурства), в связи с которыми заполнение вопросников, состоящих из большого перечня позиций, может оказаться проблематичным. В связи с этим является актуальным проведение экспресс-диагностики синдрома эмоционального выгорания при помощи быстро выполняемых проективных тестов и выявление риска его возникновения среди врачей.

В настоящем исследовании использовалась проективная методика «Врач, болезнь, больной» (Камалдинов Д.О., 1997). Обследуемым врачам предлагалось представить ассоциативный образ, связанный с фигурами самого врача, его пациентов, и образ заболевания.

Исходно было обследовано 32 врача различных специальностей, из них 9 терапевтов, 7 эндокринологов, 7 онкологов, 4 анестезиолога-реаниматолога, 3 психотерапевта, а также 2 невропатолога, средний стаж работы по специальности составил $12,2 \pm 1,8$ (от 3-х до 28 лет).

При изучении результатов исследования были выявлены факторы риска возникновения синдрома эмоционального выгорания: 1) определение локуса

контроля: чрезмерно высокая ответственность и, наоборот, пассивная позиция врача при ведении пациента; 2) ассоциативный образ больного в виде неодушевленных, неживых объектов; 3) признаки депрессивных реакций, связанных с ведением больных.

Так, повышенная эмоциональная вовлеченность и чрезмерное принятие ответственности на себя установлены у 40,6% обследованных (например, врач – «волшебник», больной – «близкий родственник», болезнь – «чудовище, которого убивает волшебник»), среди них преобладают онкологи и психотерапевты. Пассивная позиция врача в отношении болезни и больного выявлена у 12,5% врачей (2 онколога, 2 терапевта), у всех она сочеталась с признаками депрессии («врач как регистратор на пути больных в пропасть»). Отстраненная (нейтральная) позиция наблюдалась у 18,7% обследованных («врач как исследователь»).

Неодушевленный образ пациентов выявлен у 28,1% обследованных среди различных специалистов («больной как червивое яблоко», «сломанная машина»).

Признаки депрессивных реакций выявлены у 18,7% врачей, из них 4 онколога, 2 терапевта («врач как старуха у разбитого корыта», «врач как путник в болоте»).

В целом факторы риска синдрома эмоционального выгорания выявлены у 18 человек, т.е. у 56,3% обследованных. В структуре специальностей, наиболее поверженных синдрому эмоционального выгорания, преобладают терапевты (33,3%), онкологи и реаниматологи (по 22,2%).

Представляет интерес выявленные специфические особенности в зависимости от специальности обследованных врачей. Так, среди онкологов наблюдается наибольшее число депрессивных реакций; среди врачей работающих в экстренных службах (реаниматологи, терапевты-дежурные – сложность абстрагироваться и представить ассоциативный образ пациента, т.е. преобладание конкретного типа мышления, стереотипности).

Через 7 лет проводилось изучения катамнеза обследованных лиц. Установлено, что среди врачей с диагностированными признаками синдрома эмоционального выгорания, в последующем 38,9% изменили место работы и коллектив, а 33,3% - специальность. Среди специалистов, сменивших врачебную деятельность на другую, преобладало сочетание различных признаков синдрома эмоционального выгорания: пассивная позиция врача и депрессивные реакции, стереотипность мышления.

Таким образом, проведенное исследование показывает возможность скринингового тестирования врачей при помощи проективного теста «Врач, больной, болезнь» для диагностики синдрома эмоционального выгорания. Для более точной оценки состояния, определения стадии выгорания в последующем возможно целенаправленное обследование врачей группы риска с использованием специфических методик «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания (Бойко В.В., 1999). Изучение катамнеза среди обследованных врачей и выявление высокой частоты ухода с места работы при формировании синдрома эмоционального выгорания подтверждает необходимость проведения профилактических мероприятий среди медицинского персонала.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СКЛОННОСТЬ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ **Сериков А.Л. , Рожков С.А.**

Сибирский Государственный медицинский университет

Азартные игры и связанные с ними проблемы имеют в России длительную историю (еще Петр I ограничивал размер максимальной ставки при игре в карты 1 рублем). Но колоссальный рост игорного бизнеса, сравнимый по масштабам с эпидемией, отмечается только в последнее десятилетие. В годы советской эпохи азартные игры жестко ограничивались государственными лотереями и тотализатором на ипподроме. Успешный рост сверхприбыльного игрового бизнеса сопровождается обильными налоговыми поступлениями, которые успокаивающе влияют на властные структуры. Тем не менее,

негативные последствия азартных игр – игровая зависимость и связанные с ней проблемы выражены настолько, что требуют осмысления, анализа и адекватных мер для снижения вреда. Нами предпринята попытка анализа материалов, посвященных игровой зависимости, опубликованных в сети Интернет.

За исключением стран Скандинавии и мусульманских стран азартные игры ощутимо присутствуют во всем мире. Существуют заметные различия в распространенности и структуре игрового бизнеса от страны к стране, определяющиеся культурным, историческим и политическими аспектами. Мировые центры азарта общеизвестны: Монте-Карло, Макао, Лас-Вегас, Атлантик-Сити в штате Нью-Джерси. Ежегодные, чистые расходы лишь американских граждан на азартные игры превышают шестьдесят миллиардов долларов. В последние 15 лет в игровом бизнесе США происходит резкий подъем, в силу того, что в 1988 году Конгресс принял закон со «звучным» названием IGRA (Indian Gambling Regulatory Act). Он разрешил создавать казино на территориях резерваций. Этот же закон обязывал использовать получаемые средства для экономического развития индейских племен, обеспечения их самодостаточности и укрепления системы самоуправления. Суммарный годовой доход индейских казино уже достиг пятнадцати миллиардов долларов — вдвое больше, чем Лас-Вегаса и Атлантик-Сити вместе взятых. Только в Калифорнии (в ней насчитывается сто двадцать пять суверенных индейских племен) — доходы от казино свыше пяти миллиардов долларов.

Отношение региональных администраторов и законодателей к игровому бизнесу можно определить, как “и колется, и хочется”. Во многих штатах США игорные дома до сих пор запрещены. В документе “Социальные принципы”, выпущенном влиятельнейшей методистской церковью, азартные игры названы “общественным злом, смертельной угрозой жизненным интересам морального, социального, экономического и духовного развития”. Последствия распространения азартных игр в США изучаются статистически. Показано, что бедные семьи проигрывают больше, чем богатые. Доказана связь развития

игорного бизнеса с частотой разводов и самоубийств, с уровнем преступности и, соответственно, с расходами на содержание преступников в тюрьмах. В России подобных исследований пока не проводилось. Но, по-видимому, мы можем ожидать не менее негативных последствий развития индустрии азарта.

Развитие игорного бизнеса в Томске, по-видимому, отражает общероссийские тенденции. На начало этого года количество игровых автоматов в городе Томске было около 4 тысяч. К августу 2005 года оно превысило 5 тысяч. Судя по тому, что открываются новые и новые залы игровых автоматов местный рынок еще не насыщен. В конкуренции с залами игровых автоматов проигрывает розничный бизнес.

Рост игорного бизнеса происходит и за счет нового вида – виртуального казино. Казино в Интернете запрещены в США (В России такого запрещения нет). Организация и содержание сетевого игорного дома обходится в сотни раз дешевле, чем традиционного казино, не нужно практически ничего, кроме хорошего сервера с соответствующим программным обеспечением.

Тяжелое бремя, которое несут на себе семьи игроков, постепенно начинает отражаться в недовольстве больших групп населения существующей властью. Попытки заручиться поддержкой электората выражаются в разнообразных административных и экономических действиях по отношению к игорным заведениям. Например, в августе 2005 года премьер Р.Кадыров устным распоряжением прекратил деятельность игорного бизнеса на территории Чечни. За 24 дня все игровые автоматы были вывезены в другие регионы России. В других субъектах Российской Федерации инициируются мероприятия по отдалению игорных заведений от мест расположения культурных, образовательных, религиозных учреждений и повышении налогов на игорный бизнес.

Компульсивные и девиантные черты азартного игрового поведения послужили основаниями для включения этой проблемы в последнюю редакцию МКБ в рубрике F68. Патологическая склонность к азартным играм (гэмблинг) по МКБ-10 имеет следующее определение: «частые, повторяющиеся эпизоды

участия в азартных играх, которые являются доминирующим интересом в жизни пациента, тем самым, нанося вред социальным, профессиональным, материальным и семейным ценностям и обязанностям».

В США насчитывается около 30 миллионов взрослых, которые страдают патологической склонностью к азартным играм. В Российской Федерации эпидемиологические исследования игровой зависимости не проводились.

Для регулирования игрового бизнеса в России создано несколько законов: Федеральный закон о налоге на игорный бизнес, Федеральный закон о лицензировании отдельных видов деятельности и Закон об игорном бизнесе в Российской Федерации. Органом, контролирующим игорный бизнес, до прошлого года был Госкомспорт России. Спорт и индустрия азарта - комичное и несопоставимое сочетание понятий. Объяснения, по-видимому, нужно искать в воспоминаниях некоторых чиновников о Спортлото – анекдоте в одно слово – мягком варианте государственного игорного бизнеса советских времен.

Диагностика игровой зависимости, основанная на четких критериях, остается актуальным вопросом. Возможны трудно диагностируемые переходные состояния, различные стили игры, маскирующие сформированную игровую зависимость.

Рядом авторов предлагаются невалидизированные тесты для выявления игровой зависимости. Во многом они схожи с инструментами, разработанными для оценки риска алкогольной зависимости. Ниже мы приводим все вопросы, предлагающиеся для определения риска игровой зависимости, которые встретили в сети Интернет:

Ставили ли вы на кон больше, чем могли позволить себе потерять? В последние 12 месяцев требовалось ли вам играть на более крупную сумму, чтобы достичь той же степени возбуждения? Когда вы играли, возвращались ли вы на другой день к игре, чтобы отыграть проигранные деньги? Одалживали ли вы когда-либо деньги или продавали имущество, чтобы иметь возможность играть? Чувствовали ли вы когда-либо, что у вас могут быть проблемы с азартными играми? Являлась ли когда-либо азартная игра причиной ваших

проблем со здоровьем, включая стресс и беспричинное беспокойство? Критиковали ли вас за ваше пристрастие к азартным играм или говорили вам, что у вас проблемы с азартными играми, независимо от того, считали ли вы эти замечания справедливыми? Являлось ли когда-либо ваше пристрастие к азартным играм причиной финансовых проблем для вас или вашей семьи? Ощущали ли вы когда-либо вину за то, как вы играете, или за то, что происходит во время вашей игры? Совершали ли вы когда-либо, или планировали совершить криминальные действия, чтобы получить деньги на игру? Возникает ли у вас желание играть из-за разочарований, ссор и крушения надежд? Возникало ли у вас желание поиграть несколько часов, чтобы отпраздновать какое-то приятное событие? Приводила ли вас когда-либо игра к мыслям о самоубийстве или других саморазрушительных действиях?

Создание компактного и надежного инструмента для выявления риска или оценки выраженности игровой зависимости остается пока делом будущего. Возможно, в нем найдут применение какие-то из вышеприведенных вопросов.

По сравнению со многими химическими зависимостями причины и патогенез игровой зависимости изучен мало. Являются ли гэмблеры унитарной группой, или игровая зависимость служит фасадом для разнородных групп пациентов, различных диагнозов и личностной патологии?

Высказываются гипотезы о сходных механизмах развития игровой зависимости и химических зависимостей. Предполагается наличие особых индивидуально-личностных («доболезненные», «предпатологические») особенностей человека, предопределяющих нахождение в окружающем мире "подходящий" объект зависимости. Также обсуждается прямая связь игровой и алкогольной зависимости. Есть мнения о том, что люди подверженные одному расстройству, так же склонны и к другому.

На распространение игровой зависимости, возможно, оказывает влияние позитивный имидж игорного заведения и имиджа игрока в кинофильмах и телесериалах. Часто демонстрируется удача, успешный и удачливый в игре

герой, решение проблем за счет выпавшего выигрыша, легкость получения денег.

Что же необходимо для восстановления адекватного поведения? В настоящее время в России четкой и ясной тактики по отношению к проблемам гэмблинга нет ни у властных структур, ни у представителей медицины и образования. В Интернете присутствует лишь реклама Московского центра «Выздоровление», где предлагается работа в группе «Анонимные игроки», которые работают по программе 12 шагов. Результативность этой работы не освещается. Также предлагается стратегия замещения, когда лечение строится таким образом, чтобы перенаправить энергию человека в другое русло по принципу наименьшего вреда. Каким конкретно образом это возможно сделать не объясняется. Единичные сообщения об использовании антидепрессантов отличаются низкой достоверностью.

Мы провели анонимный телефонный опрос психотерапевтов и психотерапевтических фирм Томска, спрашивая помощь при игровой зависимости. Оказалось, что в оказании помощи зависимым от игр практически никто не отказывает. Эффективность этой помощи не известна.

Неосведомленность психотерапевтов и психологов о механизмах зависимости и даже о правилах игры приводит к комичным советам и рекомендациям, например, брать с собой в казино только определенную сумму и после ее проигрыша останавливаться. Представьте, что пациенту, страдающему алкогольной зависимостью вы просто рекомендуете пить нескольких рюмок!

Меры, которые применяются в мире для снижения вреда от игрового бизнеса, возможно, классифицировать так:

- законодательные меры (лицензирование, возрастные ограничения для игроков, рекламные ограничения, высокие налоговые отчисления);

- административные меры (ограничения по месту, времени, видам игр), ограничения игорного заведения (возраст, психическое состояние, проверка состоятельности и кредитной истории клиентов);

-самоограничения игрока (самоизоляция, самотестирование), медицинские меры (медикаментозное и психотерапевтическое лечение в рамках индивидуальной, семейной или групповой терапии, лекции и тренинги);

- общественные меры (создание и поддержка анонимных групп, создание общественных организаций и движений, проведение образовательных программ, выпуск книги и лекций для личного и семейного прочтения).

России неизбежно предстоит изучить этот зарубежный опыт перед лицом ожидаемого роста патологической склонности к азартным играм. Игровая зависимость, получившая яркое литературное описание в произведениях русских писателей Ф.М. Достоевского и А.И. Куприна, нуждается в не менее подробном отечественном медицинском, социальном и психологическом изучении для создания эффективных стратегий помощи.

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНЫХ ФОБИЯХ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Л.В. Скрыбин

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Социальная фобия (СФ) проявляется в выраженном страхе оказаться в центре внимания или страхе повести себя так, что это вызовет смущение или унижение в определённых ситуациях. Характеризуется появлением тревожного состояния в ситуациях опасения избыточного общественного контроля или критической оценки, что достаточно характерно для студенческой среды.

Анализ литературы показывает, что СФ носят в современной классификации отдельный характер, но в качестве симптомов регистрируются в рамках различной по степени тяжести патологии, связанных с личностными и невротическими расстройствами. Однако, аспекты распространенности, патопсихологии, условий формирования и методы психологической интервенции остаются малоизученными. Не до конца также изучена и проблема

социальной адаптации и реабилитации лиц, страдающих социофобическими расстройствами.

Социальные фобии обычно манифестируют в пубертатном и юношеском возрасте. Нередко появление фобий совпадает с неблагоприятными психогенными или социальными воздействиями. При этом в качестве провоцирующих выступают лишь особые ситуации (ответ у доски, сдача экзаменов — школьные фобии, появление на сцене) или контакт с определенной группой лиц (учителя, воспитатели, представители противоположного пола).

В молодом возрасте часто начинают формироваться социальные фобии, что особенно характерно для студентов, на которых ложится все большая учебная нагрузка. Как следствие возникают растерянность, дистресс, чувство беспомощности, снижается качество успеваемости. В результате на студента действует мнение преподавателя, родителей, других студентов. Это является усугубляющим фактором, хронизирующим социальную тревогу и может привести к клиническим проявлениям социальной фобии.

Основные аспекты выделенные нами:

I. Профессиональный уровень: отсутствие достоверных эпидемиологических данных о распространенности в студенческой среде данных расстройств. Безусловно, здесь следует учитывать отсутствие междисциплинарных программ тактики ведения и профилактики социальной тревоги и социальных фобий и, как следствие, — проблема гиподиагностики рассматриваемых расстройств в данной популяции.

II. Психосоциальный аспект заключается не только в финансовых трудностях, но и связан с формированием социальной отгороженности. Данное явление является как результатом слабой информированности относительно источников профессиональной помощи, так и процессом стигматизации со стороны окружающей среды при проявлении социальной тревоги. Это влечет за собой впоследствии не только развитие социальных фобий, но и слабое

развитие социальных реабилитационных программ, вследствие завуалированности процесса проявленности СФ в микрогруппах.

Учитывая актуальность данной темы, нами были выделены следующие этапы работы:

1. Изучение распространенности социальной тревоги и социальных фобий в студенческой среде.
2. Выделение факторов формирования и их связь с клинической типологией данных расстройств.
3. Сравнительный анализ степени выраженности и динамики проявлений социальной тревоги и социальных фобий с учетом выявления факторов риска.
4. Разработка методов экспресс-диагностики и психологической коррекции социальной тревоги в студенческой среде, с целью профилактики и реабилитации социальных фобий.

ИСКАЖЕННАЯ РЕАКЦИЯ ГОРЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ И МОДАЛЬНОСТИ УТРАТЫ (КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ).

В.В.Собенникова

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск.

В современной психиатрической литературе помимо нормальной реакции горя, выделяются и более пролонгированные (более одного года) патологические реакции, а также искаженные, с доминированием, помимо депрессивной, иной, в частности соматоформной и психосоматической симптоматики, в том числе имитирующей заболевание умершего (Амбрумова, А.Г., 1983; Блох С., 1997).

Целью данного исследования являлся клинико-статистический анализ искаженной реакции горя с наличием соматоформной и психосоматической симптоматики в её структуре, в зависимости от давности и модальности (смерть

от заболевания или внезапная смерть в связи с несчастным случаем, суицидом) утраты.

Применялся клинико-психопатологический метод с использованием шкал оценки тревоги и депрессии Гамильтона, шкалы тревоги Спилбергера, опросника SOMS-2 (Rief W., 1996). Обработка материала осуществлялась с применением программы Statistica for Windows 5.0.

Объектом исследования была группа больных (44 человека, 37 женщин – 84,1% и 7 мужчин – 15,7%), проходивших стационарное лечение в Иркутском психоневрологическом диспансере. Возраст на момент травматического воздействия, а также обследования у большинства больных (65,9%) был от 40 до 60 лет, соответствующие средние показатели были $42,6 \pm 1,9$ и $44,7 \pm 1,9$ лет. Объектом утраты чаще были дети (14 случаев, 32,6%), супруги (12 случаев, 27,9%), родители (8 случаев, 18,6%), сиблинги (5 случаев, 11,6%). В 3 наблюдениях реакция возникла в ответ на утрату более чем одного члена семьи. Преобладали городские жители (26 человек, 59,1%), селян было 18 (40,1%). Все больные имели среднее (70,5%) и высшее (29,5%) образование. К моменту утраты, большинство (86,3%) состояло в браке, при этом 31,8% - в повторном. Детей имели 33 пациента (75,0%), из них 24 (52,2%) двух и более.

В семейном анамнезе больных, среди родственников 1 степени родства, аффективные расстройства и завершённые суициды выявлялись в единичных наблюдениях, шизофрения в 2 (4,6%), эпилепсия в 2 (4,6%), с высокой частотой регистрировались личностные аномалии – 12 (27,3%), болезнь Дауна – 2 (4,6%). Хронические соматические заболевания среди ближайших родственников выявлялись у 25 пациентов (56,8%). Из них – сердечно-сосудистая патология отмечалась в анамнезе 23 больных (52,3%), бронхиальная астма в 2 случаях, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в 6 (14,0%). Неврологические расстройства выявлялись у родственников 5 (11,6%) пациентов. Алкоголизм и алкогольные психозы обнаруживались среди родственников 1 степени родства в 22 наблюдениях (50,0%), из них в 18 (41,8%) у родственников мужского пола и в 4 (9,1%) – женского.

Патология перинатального периода выявлялась у 7 (16,3%) и черепномозговые травмы в раннем анамнезе у 6 (14,0%) пациентов.

Почти в половине наблюдений (17 пациентов, 40,5%) больные отмечали повышенную впечатлительность, ранимость в детстве. У 9 пациентов (20,1%) имели место неврозоподобные расстройства в том числе, детские страхи у 9 (20,1%), энурез – у 3 (7,0%), снохождение у 1 (2,3%), головокружение в 5 (11,6%), синкопальноподобные состояния – 3 (7,0%), психосоматические реакции – 3 (7,0%). Почти в половине наблюдений (21 случай, 47,7%) школьная успеваемость была плохой и посредственной.

Развитие и воспитание больных в четверти случаев происходило в условиях неполной семьи, при этом 15 пациентов (34,9%) оценивали взаимоотношения и семейный микросоциальный климат, как неудовлетворительные. Воспитание по типу гипоопеки осуществлялось в семьях 14 пациентов (31,8%), гиперопеки, лишь в 2 (4,6%).

Преморбидные личностные особенности в подавляющем большинстве случаев (37 человек, 85,7%), оценивались как акцентуированные, при этом в 8 случаях (18,2%) речь шла о смещении нескольких радикалов. Наиболее часто обнаруживались истероидные (17случаев,38,6%) и эмоционально-лабильные (14 случаев, 31,8%), а также тревожно-мнительные (9 человек, 29,5%) черты. Гораздо реже - возбудимые, шизоидные и астенические особенности.

В анамнезе более чем трети больных, в период предшествующий травматическому воздействию, повлекшему формирование осложненной реакции горя с выраженными соматоформными и психосоматическими расстройствами, отмечались иные события утраты близких, в том числе – ребенка (7 случаев), родителей (6) сиблингов (1), уход из семьи супруга (1). Во всех данных случаях отмечались выраженные проявления горя в структуре которых достаточно редко, лишь в 14,3% наблюдений, ведущей была депрессивная симптоматика. Преобладали реакции с тревогой, полиморфной невротической симптоматикой.

Период от события актуальной утраты до госпитализации в психиатрический стационар, составил в 28 наблюдениях (65,1%) до года, в остальных 16 случаях (36,4%) свыше 1 года. В зависимости от особенностей травматического воздействия больные были разделены на 2 группы: 1.с реакцией утраты вследствие смерти близкого от болезни, что предполагает период накопления и переработки патогенной информации (29 пациентов, 67,4%) и 2.при наличии внезапной смерти от несчастного случая или суицида (15 случаев, 32,6%).

Значение особенностей травматического воздействия и временного фактора в клиническом оформлении искаженной реакции утраты анализировалось на основе частотного распределения признаков с оценкой по критерию Фишера-Стьюдента. Среди больных с наличием актуальной симптоматики на протяжении более 1 года (патологическая искаженная реакция горя) - в семейном анамнезе диагностировалась шизофрения и шизоидные аномалии личности ($p<0,05$), превалировало воспитание по типу гипоопеки ($p<0,05$), доминировала преморбидная тревожно-мнительная акцентуация ($p<0,02$), часто диагностировалась психосоматической патологии со стороны ЖКТ($p<0,04$). В клинической структуре патологического состояния был выражен апатический радикал депрессии ($p<0,03$) с наличием суточного ритма, снижение массы тела, температурная окраска патологических ощущений с жалобами на приливы жара, «замерзания» конечностей ($p<0,04$), выраженность соматических сенсорных симптомов по шкале тревоги Гамильтона ($p<0,04$). В рамках поведения преодоления - более отчетливо проявлялся феномен «бегства в работу» ($p<0,01$). В то же время, у больных с длительность реакции до 1 года и, следовательно, более острым развитием симптоматики (простая искаженная реакция горя) - отмечена отягощенность семейного анамнеза алкоголизмом ($p<0,04$), частота перинатальной патологии ($p<0,03$), неудовлетворительные условия раннего развития ($p<0,03$). В клинической картине - наличие выраженной ипохондрической фиксации ($p<0,05$), а в рамках психосоматических расстройств - нарушение менструального цикла ($p<0,04$).

При сравнении больных с реакцией в ответ на внезапную, насильственную смерть близких и смерть вследствие предшествующей болезни, среди пациентов первой группы достоверно чаще отмечалась детская впечатлительность и ранимость ($p<0,01$), регистрировались явления детской нервности, в частности энурез ($p<0,01$), а также эпилептоидная акцентуация характера ($p<0,04$). В клинической картине были более выражены ангедония в структуре гипотимии ($p<0,04$), проявления дереализации ($p<0,03$), генерализованные перманентные вегетативные расстройства ($p<0,02$). Клиника реакции горя в ответ на ожидаемую смерть вследствие болезни, как особенные характеристики, включала более выраженные расстройства сна в форме средней инсомнии ($p<0,001$), у больных отмечалась отчетливая неустойчивость сосудистого тонуса, «игра вазомоторов», с покраснением – побледнением кожных покровов ($p<0,001$).

Полученные данные вскрывают некоторые предрасполагающие факторы, определяющие возможность формирования искаженной (простой и патологической) реакции горя.

**КЛИНИКА И ДИНАМИКА КОМОРБИДНЫХ ПАНИЧЕСКИХ И
СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА
ИНИЦИАЦИИ ПАНИЧЕСКОЙ ТРЕВОГИ
Собенников В.С., Дашинамжилова В.Н.**

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Панические состояния, различающиеся в клинко-психопатологическом отношении выраженностью когнитивных и вегетативных симптомов представляют собой одну из наиболее часто встречающихся форм психической патологии. Распространенность панической тревоги в популяции с учетом субклинических форм достигает 9% (Katon W., et al., 1987; Wade A.C., 1999; Servant D., et al., 2000; Kuntze M., et al., 2001). Изолированное проявление панических атак наблюдается редко, более типично сочетание с агорафобией,

депрессией, соматоформными, а также аддиктивными расстройствами, в рамках сложных аффективно-невротических синдромов. Формирование последних определяется переплетением патогенетических звеньев. Например, связь панической тревоги и соматоформных расстройств объясняется наличием повышенной сенситивности больных паникой к телесным ощущениям, сопровождающим тревогу, которая обуславливает выраженность соответствующих переживаний, даже на фоне минимальных собственно физиологических изменений (Hoehn-Saric R., et al., 2004). В современной психиатрической литературе имеются указания на существенное влияние на клинику тревожных расстройств и коморбидной патологии возраста больных к началу заболевания (Diniz J.B., et al., 2004).

Изучалось влияние возраста инициации паники на клинику и динамику затяжных коморбидных состояний с сочетанным проявлением панической тревоги и соматоформных расстройств.

Объектом исследования являлась группа больных – 30 человек (17 женщин и 13 мужчин), находившихся на стационарном лечении в клиническом отделении кафедры психиатрии ИГМУ. Средний возраст на момент обследования $41,9 \pm 1,7$ лет. Первичное проявление панической тревоги в возрасте до 25 лет отмечалось в 6 случаях (20,0%), до 35 лет в 13 (43,3%), до 45 летнего возраста в 8 (26,7%) и старше 45 лет, лишь в 3 наблюдениях (10,0%). Средний возраст инициации панической тревоги - $33,3 \pm 1,7$ лет. В зависимости от возраста появления панических состояний выделялось 2 группы: 1 – с «ранним» появлением панических состояний до 35 летнего возраста – 19 человек (средний возраст $27,5 \pm 1,5$ лет), 2 – с «поздним», в возрасте 35 лет и старше – 11 человек ($43,4 \pm 1,8$ лет).

Принадлежность к возрастной группе не определяла существенных различий в социально-психологических характеристиках больных. Преобладали лица со средним (40,0%), незаконченным высшим и высшим образованием (56,7%). Большинство больных (86,6%) состояли в браке, лишь 4 человека не имели семьи. Начало регулярной половой жизни у больных первой группы

было более ранним ($p<0,05$), при, однако, большем числе детей у больных второй группы ($p<0,02$). Также, в анамнезе больных с «ранним» вариантом первичному появлению панической тревоги в 31,6% наблюдений, предшествовало злоупотребление алкоголем. Среди больных второй группы данная особенность встречалась лишь в единичном наблюдении ($p<0,05$). В то же время на доманифестном этапе у больных данной группы чаще выявлялась склонность к тревожному реагированию, наличие изолированных фобий (социофобия) ($p<0,04$).

Клиническая динамика изученных состояний, как правило, характеризовалась первичным появлением панической тревоги в форме интенсивных атак, которые на начальном этапе наблюдались достаточно редко (1 – 2 раза в месяц или реже). В дальнейшем они теряли остроту и интенсивность, однако паническая тревога реализовалась более пролонгированно, с формированием частых субклинических панических состояний. На этом фоне присоединялась и расширялась соматоформная (ипохондрическая и соматизированная) симптоматика, в ряде наблюдений – субсиндромальные депрессивные проявления. Возраст полного развития болезненного состояния (манifestа) с коморбидными паническими и соматоформными симптомами составил $32,0\pm 1,2$ лет в группе с «ранним» появлением паники и $45,8\pm 1,4$ года, с «поздним». На манифестном этапе почти ежедневные, тревожные обострения отмечали 43,1% больных группы с «ранним» появлением паники и 63,6% с «поздним». В динамике интенсивность паники у больных первой группы сглаживалась, а второй, напротив, углублялась с переходом субклинических панических состояний преобладающих на начальном этапе заболевания в отчетливые атаки по мере развития заболевания.

Клиническая структура панических состояний включала как когнитивный (фобический), так и соматический (вегетативный) компоненты в различном соотношении. Наиболее часто регистрировался спектр нозофобических переживаний (86,7%) с танатофобией на высоте паники, у 20,0% больных на

первый план нередко выступала диспсихофобия. Соматические симптомы включали одышку, сердцебиение, головокружение, чувство дурноты, потливость, внутреннюю дрожь, позывы на мочеиспускание. В одной трети случаев отмечался полиморфизм симптомов, однако чаще вегетативная симптоматика ограничивалась пределами одной – двух анатомофизиологических систем. Панические состояния с выраженным соматическим компонентом и полиморфной вегетосоматической симптоматикой чаще наблюдались в группе больных с «ранним» появлением паники.

Помимо вегетосоматических симптомов (соматической тревоги), уже на начальных этапах заболевания, в структуру панических состояний во всех случаях включались полиморфные соматоформные (соматизированные и ипохондрические) нарушения, а также явления острой деперсонализации. Почти в половине наблюдений доминировали патологические сенсации интракраниальной локализации, в остальных случаях сенсации носили диффузный, полилокальный характер, что чаще выявлялось в клинической картине больных с «поздней» инициацией панической тревоги ($p < 0,05$). В динамике соматоформные симптомы приобретали перманентное течение и во многих случаях определяли клиническую картину заболевания на этапе стабилизации состояния.

Дифференцированные проявления острой деперсонализации в клинике панических состояний, в начале заболевания, обнаруживались лишь у одной трети больных, но на этапе манифеста – во всех случаях. В обеих группах, без существенной разницы, преобладала тотальная (ауто- и соматопсихическая) деперсонализация на высоте панических состояний. Вне панических состояний симптомы деперсонализации выявлялись в единичных наблюдениях.

Следовательно, в рамках изученных состояний, при относительно «ранней» инициации панической тревоги, появлению паники достаточно редко предшествуют иные расстройства тревожного спектра, но с высокой частотой выявляется склонность к злоупотреблению алкоголем и ассоциация первой

панической атаки с алкоголизацией. Как правило, наибольшая острота, и выраженность тревожных атак отмечается в начале заболевания. В структуре панической атаки широко представлены вегетосоматические нарушения, в то время как соматоформные сенсации чаще носят ограниченный (интракраниальный), монолокальный характер. При более «позднем» проявлении панической тревоги иногда за много лет ей предшествуют иные перманентные расстройства тревожного спектра в частности социофобия. В динамике коморбидных состояний происходит постепенная трансформация панических состояний от субклинических форм к развернутым паническим атакам. В структуре последних преобладает когнитивный (фобический) компонент. Характерна меньшая генерализация вегетосоматических симптомов, при, напротив, диффузных и полилокальных проявлениях соматоформных нарушений.

5. Создание программы для организации оптимальных лечебно-реабилитационных мероприятий, дифференцирующихся в соответствии с типом расстройства и этапом его динамики.

Исследование проводится на базе университетов г. Томска и г. Славянска-на-Кубани. Общее количество респондентов 95 человек. Случаи выявленных[фобических симптомов составляют 35% респондентов. Учитывая, что в большинстве случаев доминирует выраженная позитивная тревожно-фобическая симптоматика, социальная реабилитация направлена, в первую очередь, на проведение социально-восстановительных — преодоление избегающего поведения, зависимости от окружающих. Реабилитационные мероприятия также дифференцируются в зависимости от типологической принадлежности СФ. Социальная реабилитация большинства пользователей с СФ завершается на этапе медицинской реабилитации. Однако пользователям профилактических программ, в данном случае студенческому контингенту, требуется комплекс мероприятий, который включает медицинскую, трудовую, и, в частности, социальную реабилитацию; в этих случаях необходимыми

компонентами являются восстановление социальных связей, учебных, профессиональных навыков, внутрисемейных взаимоотношений.

Существуют контролируемые испытания, показывающие, что только 40% пролеченных пользователей полностью выздоравливают, а также достоверные данные о корреляции СФ с особым характером препятствий для лечения. Необходимо увеличить уровень информированности населения об этиологии данных расстройств, о формах помощи имеющихся в местных учреждениях, не только для снижения тяжести стигматизации, но и для повышения доступа к квалифицированной помощи. Важно облегчить психологический и финансовый груз участия в профилактических и реабилитационных программах.

Необходимо повысить осведомленность как работников медицинских учреждений о клиническом значении и социальной проблематики такого расстройства, как социальные фобии, так и участников образовательной студенческой среды: педагогов, студентов, родителей.

Разработка технологии реабилитационной работы в русле профилактики предусматривает включение нормализующих структуру личности комплексов - психотерапевтического, направленного на формирование адекватного личностного реагирования, смены мировоззрения; психофармакологического, имеющего в виду изменение эмоционально-волевых симптомов; психопрофилактического - с постепенной нормализацией межличностных контактов, оптимизацией социального статуса, усилением адаптационных возможностей, активизацией внутренних ресурсов личности.

“ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС” И НАРЦИССИЗМ **С.А. Рожков, А.Л. Сериков, Е.А. Мельникова**

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск
Томская клиническая психиатрическая больница*

Клиенты, обращающиеся за психотерапевтической помощью по поводу «избыточного веса» представляют собой гетерогенную группу по полу, возрасту, социальному статусу и клиническим проявлениям. Однако

представляется теоретически возможным и практически полезным увидеть в этом многообразии нечто общее. Идея «избыточного веса» объединяет лиц, страдающих ожирением, булимией и нервной анорексией, склонных к обжорству (binge eating disorder) и просто людей озабоченных поддержанием здоровья и определенной физической формы. При этом «избыточный вес» стоит рассматривать как культуральный и психологический феномен, определенный образ и тип отношения к телесности. А именно как нарциссический феномен.

Термин «нарциссизм» ввел в психоаналитическую теорию З.Фрейд (1914) как обозначение либидинозного катексиса представления о себе, то есть внутреннего образа собственной персоны. Он предположил, что «проявления либидо, заслуживающие название нарцизма, можно наблюдать в гораздо более широком объеме, и им должно быть уделено определенное место в нормальном сексуальном развитии человека. ...Нарцизм в этом смысле не является перверзией, а либидинозным дополнением к эгоизму инстинкта самосохранения, известную долю которого с полным правом предполагают у каждого живого существа». Он описал первичный нарциссизм в качестве стадии психосексуального развития как субъективное состояние полной независимости от окружающего мира, обращенности либидо младенца на самого себя. Развитие он видел в постепенном переходе от нарциссизма к объектной любви. Вторичный нарциссизм, проявляющий себя в различных психических расстройствах, возникает в ситуации, когда удовлетворение направленного на объект либидо сталкивается с существенными затруднениями.

В последующем термин «нарциссизм» стал использоваться в различных значениях, в частности для обозначения различной самооценки (причем как для нарциссически высокой самооценки, так и для ее противоположности, выраженной неуверенности в себе). К началу 60-х годов прошлого века все больше практиков стали сообщать о пациентах, которые страдали не от внутренних конфликтов, а от ощущения внутренней пустоты, скорее, от отсутствия внутренних объектов, чем от охваченности противоречивыми интроектами. Внешне они могли казаться очень самоуверенными, но

внутренне находились в постоянном поиске подтверждения того факта, что их принимают, любят или ценят. Проблемы подобных пациентов заключались в их чувствах относительно того, кто они такие, каковы их ценности и что поддерживает их самоуважение. Хайнц Кохут (Kochut 1971, 1974, 1984) и его последователи видели причину этого в нарушении развития таких потребностей, как потребность в «отзеркаливании» (получении восхищенного взгляда от значимых близких) и идеализации, что вело к нарушению в формировании репрезентантов самого себя и других людей, нарушению системы регуляции системы самооценки. Межличностные отношения таких людей часто нарушены из-за того, что в других они видят не самостоятельных личностей; другие ценны только в той мере в какой они удовлетворяют потребности человека в получении признания своей значимости или служат объектами для идеализации. В последующем эти взгляды были перенесены на представления о развитии личности в целом. Теория Кохута, представляющая в современно психоанализе такое направление как психология самости (self-психология), определила нарциссизм как отдельную ветвь развития личности, связанную с регуляцией самооценки, наряду с развитием влечений, психологических защит и объектных отношений. Иными словами нарциссические потребности и нарциссические проблемы присущи всем людям. Нарциссическими же обозначаются личности, чья психическая организация целиком организована вокруг вопросов самооценки и самоуважения.

Описание нарциссических феноменов привело к тому, что они стали легко опознаваться как в личностной организации, проблемах и расстройствах пациентов (к сожалению в российской психиатрии до сих пор нарциссизм рассматривается лишь как вариант истерии), так и в культуральных феноменах.

Не только психоаналитически ориентированные исследователи указывают на «эпидемию нарциссизма», «эпоху нарциссизма». Психологические и межличностные феномены, относящиеся к нарциссизму, в западной культуре

превратились в норму. «Нарциссизм культуры» при этом означает вовсе не патологическую культуру, а новый тип нормальности. Патологические проявления отражают норму. Целый ряд общественных и культурных явлений был распознан как нарциссические инсценировки. Нарциссизм проявляется в повышенном внимании к внешнему блеску, успеху, достижению идеала. Он также выражаться в растущем интересе ко всему телесному, к правильному питанию, здоровому образу жизни и т.п. При этом тело выступает как социальный конструкт. Культура определяет требования к телесности, значения тела, предписывает ему функции и символические смыслы. Нарциссизм культуры формирует отношения между людьми и их отношение к себе, эти отношения часто определяются как «в высшей степени поверхностные», что при расстройствах пищевого поведения находит буквальное выражение в фиксации на поверхности тела.

Расстройства пищевого поведения, как нарушения тесно связанные с нарциссическими проблемами, не были бы столь распространены и столь устойчивы к вмешательствам, если бы они не опирались на культуральную норму. Годовой оборот индустрии похудения в США составляет 25 миллиардов долларов. Половина всех норвежских женщин, как отмечает Ф.Скэрдеруд (2003), постоянно принимают участие в каком-либо курсе похудения. В этом смысле Россия уже успешно вошла в мировое сообщество, если судить по тому, какое место в средствах массовой информации занимает реклама способов снижения веса и коррекции фигуры, дополняясь другими методами ухода за телом и чередуясь с яркими образами обжорства в рекламе пищевых продуктов и напитков.

Представляется необходимым рассмотреть те феномены и процессы, которые присущи проблеме «избыточного веса» с точки зрения психологии самости, опираясь на опыт психотерапевтической работы (групповой и индивидуальной) с пациентами с проблемой «избыточного веса».

Поводом для обращения выступает недовольство своей внешностью и неспособность похудеть и/или поддерживать нормальный вес тела самостоятельно. При всей кажущейся внешней очевидности этих проблем стоит осознавать их глубинно психологические смыслы и культуральный контекст.

Психодинамический подход основывается на модели, согласно которой в индивидууме присутствуют конфликтующие силы; мысли, эмоции, поведение – как адаптивные, так и психопатологические – представляют собой результат их взаимодействия. С психологической точки зрения «избыточный вес» представляет собой телесную репрезентацию внутренних конфликтов, психологических проблем, имеющих, в том числе, степень выраженности клинических симптомов.

Более ранние психодинамические теории расстройств пищевого поведения основываются на представлениях об оральности (оральной фиксации, оральной регрессии), значении сексуальности и некоторых типах объектных отношений. Переедание возникает из-за аномалий во взаимоотношениях мать-дитя (Bruch, 1973). Параллели проводятся между актами еды и получением комфорта от матери. Противоположное поведение - диета - рассматривается как средство наказания матери. Есть предположения и о защитной роли переедания против чувств тревоги и депрессии. Амбивалентность в отношении ребенка ведет к тому, что мать использует пищу как единственное средство обеспечения комфорта. Как результат, ребенок не научается отличать голод от стрессов, возникающих по другим причинам. Переедание становится неспецифическим ответом на все источники дискомфорта. Расстройства пищевого поведения становятся выражением чувства вины за агрессию по отношению к амбивалентно рассматриваемой матери. Фобическая установка к еде также выражает бессознательное стремление символически зафиксировать себя в роли маленькой девочки из страха перед нарастающей ответственностью и другими трудностями взрослого (в т. ч. сексуального) функционирования. Особую роль может играть переработанный в раннем детстве инцестуозный конфликт.

Однако такая модель не в полной мере описывает и объясняет присущие проблеме «избыточного веса» особенности. Для понимания сущности испытываемых пациентом страданий и происходящего в психотерапевтической работе их следует дополнить представлениями о нарциссических феноменах и процессах: уязвимость самооценки, связанные с этим эмоции (стыд, чувства беспомощности, обиды и гнева) и защитные механизмы (отрицание, величие и идеализация; повышенная потребность в контроле, перфекционизм); нарушения межличностных отношений.

Стыд – одно из специфически нарциссических чувств, значение которого недооценивалось другими психоаналитическими концепциями, где значение придавалось тревоге, вине или печали. Со стыдом связано ощущение неполноценности, беспомощности, страх «разоблачения». Глубокий стыд – это страдание человека, думающего что он не заслуживает любви. В его основе лежит разоблачение человека как нелюбимого и жалкого – в действительности или в воображении. Сложность в распознавании и обсуждении чувства стыда заключается в том, что стыдиться стыдно. Секс может быть стыдным, поражение может быть стыдным - но еще более стыдно говорить о собственном стыде. Тот, кто чувствует страх или печаль, скорее всего, вызовет у окружающих сочувствие и заботу. Напротив, тот, кто стыдится, встречает лишь презрение. Это и есть двойная ноша стыда и та причина, по которой люди о нем не говорят.

«Избыточный вес» служит опредмечиванию чувств, выражению их на языке тела. Это очень конкретный язык. Глубинный стыд смещается на поверхность и концентрируется на отношении к своему телу, прямо выражая то, что человек чувствует по отношению к себе в целом. Он варьирует по интенсивности от легкого недовольства весом до отвращения к «жиру» и всему своему телу и его потребностям. Трудность в осознании этого языка создает то, что основные значения позаимствованы из идеалов данной культуры. Этот язык эффективен, так как он строится на некой норме.

Классическая нарциссическая защита заключается в том, что человек пытается подавить стыд с помощью самоуверенности и казаться независимым и неуязвимым. Часто пациенты приходят с длительной историей безуспешных попыток самостоятельно справиться с нарастающим избыточным весом. Признать потребность в помощи, значит признать беспомощность и испытать чувство стыда. Это отрицание беспомощности продолжается и в ходе психотерапии в определении запроса («у меня нет проблем, я только хочу похудеть») или характера помощи («мне нужны только рекомендации о правильном питании», «мне нужен только толчок» и т.п.).

Насколько прямо представления о теле связано для пациентов с самооценкой можно увидеть по очень распространенному убеждению пациентов, что, похудев, они автоматически почувствуют «уверенность в себе», «освободятся от комплексов». Уточняющие расспросы показывают, что это не связано ни с успехами в какой-либо деятельности, ни с преодолением проблем, обозначаемых как «комплекс», ни даже с представлением о том, что собой представляет этот «комплекс».

Противоположностью ощущения дефекта и неполноценности выступает стремление к совершенству: достижение «идеальной фигуры», «идеального веса», представление о возможности идеального контроля над влечениями (внешне выраженное в стремлении контролировать аппетит). Нарциссическое регулирование самооценки основано на опыте соответствия определенным идеалам. Нарушения питания никогда не получили бы такого распространения, не будь они болезненным преувеличением коллективных идеалов. Однако в культуре эти идеалы определены чрезвычайно туманно и противоречиво и нет возможности определить, что человек их достиг. Здесь очень легко посчитать себя неудачником. Современный стыд связан с установлением для себя слишком высоких идеалов. Чем выше идеал «я», чем больше стремление к совершенству, тем выше риск реакции стыда.

Это может привести к ярости на свое поражение и к страху новых неудач, а также к зависти к тому, кто выглядит преуспевшим. Пациенты часто

обнаруживают чувствительность к зависти своей и окружающих и испытывают перед ней страх. Мучительное переживание своей зависти побуждает нередко от необходимых для достижения успеха стремлений к соперничеству. Они испытывают страх, что из зависти окружающие будут насмехаться над ними или мешать, соблазняя пищей.

В зависти заключается один из источников сопротивления терапии. Нарциссическая склонность к идеализации побуждает искать идеальные и чудодейственные способы похудения, наделяя методы и специалистов магическими свойствами. Но подчас они не могут позволить терапевту быть слишком успешным. Идеализация сменяется обесцениванием и неосознаваемой борьбой, даже ценой разочарования и неуспешности. Следует помнить, что терапевт, указывающий на проблему, уже задевает болезненные места в самооценке пациента, что также может способствовать обесцениванию терапии, чтобы защититься от причиняющего боль осознания своего несовершенства. Впрочем, нередко можно наблюдать идеализацию жестко контролирующего, агрессивного отношения терапевта или методике, рационализируемую убеждением, что без труда и страдания нельзя достигнуть результата. Во всяком случае, методики с садистическим оттенком имеют неизменный успех.

Расстройство питания - это попытка добиться контроля. В культуре, которая отличается избытком отношений, информации и материальных благ, но в то же время рискует выйти из-под контроля, индивидуальный контроль рассматривается как нечто героическое. Культура возводит в идеал умеренность и воздержание, в то время как потворство своим желаниям эквивалентно неспособности и лени. «Жир» перестал быть названием важного питательного вещества и превратился в моральное понятие (Скэрдеруд, 2003) .

Однако игры с самоконтролем опасны. Для тех, кто переедает, потеря контроля состоит в утрате чувства меры. Пациенты оказываются одержимы едой. Они больше не способны управлять мыслями о еде ни днем, ни во время ночных кошмаров. Для тех, кто достиг контроля даже несколько «лишних» калорий вызывают ужас и ощущение стремительно толстеющего тела.

Уже фрейдовское определение нарциссизма содержит метафору обращенности влечений, чувств субъекта на самого себя и отказ от отношений с другими. По образному выражению Скрэддеруда, расстройство питания - это имитация жизни. Действительные отношения оказываются «либо пожираемы, либо заморожены голодом». Их держат на расстоянии и принудительно заменяют на отношения с килокалориями и граммами. Расстройства питания нацелены на то, чтобы замкнуться в себе и держать других на расстоянии. Одиночество может подавлять, но для человека, потерявшего контроль, оно не опаснее, чем близкие отношения. Нарушения питания говорят о потребности индивида в защите. Они представляют собой метафору необходимости бегства и стены как оборонных стратегий.

По своей природе патологический стыд парадоксален. Он унижает человека и разрушает его самооценку. Парадокс заключается в том, что это чувство настолько сильно ориентировано вовнутрь, что делает окружающих ненужными. Чувство стыда связано с фантазиями о том, что о человеке могут думать другие, но при этом окружающим не дозволено участвовать в корректровке негативных фантазий.

Наши наблюдения не подтверждают довольно распространенной идеи, что переедание связано с подавлением сексуальности и трансформации сексуальных влечений в повышенный аппетит. Достаточно часто можно встретить пациентов как ограниченных в проявлениях сексуальности, так и свободно вступающих в сексуальные отношения. Но и сексуальная сдержанность и сексуальная «свобода» часто означают стремление избежать *эмоционально интимных* отношений. Высказываемое пациентами переживание недостатка любви также часто связано не с сексуальностью, а с недостатком подтверждения окружающими их значимости.

Стремление избежать привязанности и близких отношений заметно в терапевтическом процессе по напряженности, протестным и обесценивающим реакциям, несоблюдению правил нередко в те моменты, когда пациенты начинают чувствовать терапию и терапевтов значимыми для себя. Даже высоко

оценивая значение, например, кратковременного группового психотерапевтического курса, пациенты крайне редко обращаются к продолжению работы в индивидуальной терапии, что потребовало бы большей вовлеченности в межличностные отношения с терапевтом.

Такие постоянно звучащие мотивы похудеть как «для себя», «чтобы носить одежду, которая мне нравится», «для здоровья» подчеркивают нарциссическую обращенность стремления снизить вес, не включающую включенность «стройного» тела в отношения. Нередко можно обнаружить и стремление с помощью достижения идеала почувствовать свою неуязвимость и превосходство.

Индустрия похудения игнорирует психологические особенности проблемы «избыточного веса», либо поддерживает и использует ее мифы. Похоже, что тайна успеха индустрии похудения состоит именно в том, что она не имеет успеха. Поскольку она не функционирует, в ней постоянно остается нужда. Она не часть решения, а часть проблемы.

Осознание «избыточного веса», расстройств пищевого поведения как культуральной и психологической нарциссической проблемы определяет ряд взаимосвязанных целей психотерапевтических вмешательств: снижение интенсивности стыда; более терпимое отношение к стыду и другим аффектам, к своему несовершенству; формирование устойчивой, достаточно высокой и непротиворечивой самооценки; изменение отношения к идеалам и нормам; забота о себе как более широкое понятие, чем просто забота о весе и перенесение внимания на другие ценности; развитие системы межличностных отношений и способности к интимности. Очевидно, что такое понимание не сделает задачу помощи пациентам проще, но оно дает представление о реальном характере и объеме необходимой пациентам помощи.

**ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТЕРАПИЯ И ЗАТРАТЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ В ПЕРВИЧНОЙ СЕТИ**
Е.В. Шмунк

Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск

Депрессивные расстройства в практике клиницистов различных медицинских дисциплин занимают одно из центральных мест. В большинстве промышленно развитых стран за последние десятилетия отмечается неуклонный рост выявления депрессивных состояний, которые к концу XX века приобрели характер «большой эпидемии» и стали одной из глобальных проблем мирового сообщества (Рутц В., 1995; Ustun T.B., Sartorius N., 1995).

Прогноз бремени болезней с включением нового показателя DALY, выполненный Гарвардской школой здравоохранения по заданию ВОЗ и Всемирного Банка показал, что эта мультифакториальная патология к 2020 г. выйдет на второе место после ишемической болезни сердца (Murray C.J.L. et al., 1996). Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности пациента, поскольку приводит к снижению профессионального статуса, вынужденной смене работы, распаду семьи и, наконец, полной инвалидизации. Своевременная диагностика депрессии во многих случаях становится решающим условием для успешной медицинской помощи.

Научные исследования показали, что пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами чаще обращаются к врачам общей медицинской практики или специалистам в области неврологии, кардиологии, гастроэнтерологии, эндокринологии, геронтологии (Краснов В.Н., 1999; Корнетов Н.А., 1999; Смулевич А.Б., 2000). В реальной клинической практике пациенты с расстройствами депрессивного спектра в течение длительного времени проходят многочисленные обследования и получают лечение, которое не приносит результатов. Этот своеобразный “дрейф” с неадекватной терапией часто маскирует клинические проявления депрессии, искажает представления

пациента о своем страдании и затрудняет распознавание симптомов депрессии и ее лечение.

Целью нашего исследования явилось изучение догоспитального периода обращения, обследования, диагностики и терапии клинических проявлений расстройств депрессивного спектра до точно установленного диагноза депрессивных расстройств. Исследование проводилось в отделении тревожных и депрессивных расстройств Томской клинической психиатрической больницы. Диагностика осуществлялась по исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 (Cooper J.E., 1994). В процессе исследования использовались “Стандартизированный опросник дрейфа пациентов с симптомами депрессии в общесоматической сети” (Н. А. Корнетов, 1998). Обработка данных производилась при помощи прикладного программного пакета “Statistica”.

Было обследовано 40 пациентов с расстройствами депрессивного спектра, впервые госпитализированных в психиатрический стационар. Диагностика осуществлялась по исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 (Cooper J.E., 1994). При госпитализации у пациентов чаще всего диагностировались однократные депрессивные эпизоды (60% случаев). В рамках рекуррентного депрессивного расстройства второй эпизод депрессии встречался у пяти человек (71,4%), а третий у двух (28,6%).

Средняя продолжительность расстройств до попадания в психиатрический стационар составила 28,6 месяцев. За этот период 65% пациентов обращались за помощью к врачам первичной сети. Чаще всего пациенты обращались к терапевтам 76,9%, 34,6% шли к невропатологу, 23% обращались к кардиологу, гастроэнтерологу (по 11,5% соответственно) и 15,4% к оториноларингологу, эндокринологу (по 7,7% соответственно), 50% пациентов затем были направлены к психиатру или психотерапевту. Количество посещений врачей амбулаторной сети в течение последнего года в среднем составило 4,3.

При этом пациенты предъявляли жалобы на: тоску и подавленность 100%, беспокойство – 95%, нарушение сна – 92,5%, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта – 47,5%, снижение энергичности, утомляемость – 97,5%, изменение аппетита и массы тела – 80%, отсутствие интересов и удовольствия – 95%, изменение настроения перед менструацией – 12,5% сердцебиение, боли в области сердца – 67,5%, боли и другие неприятные ощущения в теле 72,5%.

В среднем пациенты проходили по три исследования (от 0 до 9) за период наблюдения в первичной сети. С увеличением длительности периода расстройства до обращения в стационар возрастало число проводимых обследований в первичной сети ($p=0,00004$). Из всех обследованных пациентов 11 человек (27,5%) проходили стационарное лечение в соматическом стационаре до поступления в отделение тревожных и депрессивных расстройств. Количество госпитализаций варьировало от 1 до 4. Большее количество госпитализаций приходилось на пациентов с жалобами на боли и неприятные телесные ощущения ($p=0,02$) и снижение энергичности ($p=0,02$). Пациенты с жалобами желудочно-кишечного тракта достоверно чаще обращались к врачам первичной сети ($p=0,001$) и проходили большее количество обследований ($p=0,035$). С момента появления расстройств 11 пациентов (27,5%) были вынуждены взять больничный лист, период нетрудоспособности за последний года при этом составлял в среднем 4,2 дня на человека (максимум 42 дня).

Большинство опрошенных 87,5% (35 человек) во время наблюдения в первичной сети принимали лекарственные препараты. Количество одновременно употребляемых лекарственных средств, в течение последнего месяца варьировало от 1 до 6 (в среднем 2,5 препарата на человека). Среди них можно назвать настойка валерианы, пустырник, ново-пассит, кавинтон, циннаризин, энап, корвалол, валокордин, адельфан, валидол, коринфар, предуктал, валосердинпенталгин, цитрамон, имован, донормил, пирацетам,

карсил, фестал, гастрофарм, гастал, омез, фамотидин, кокарбоксилаза, АТФ, витамины.

47,5% пациентов (17 человек) принимали транквилизаторы: феназепам, нозепам, реланиум, мезапам, альпразолам, грандаксин, 37,5% из них (6 человек) отметили привыкание к препаратам. Четко прослеживалась связь между длительностью приема транквилизаторов и формированием зависимости. Так, пациенты, отметившие привыкание к транквилизаторам, принимали препараты ежедневно в течение периода 5 недель и более ($p=0,03$).

27,5% пациентов получали лечение антидепрессантами, из них 36,4% принимали препараты в субтерапевтических дозах (50-75мг amitриптилина, имипрамина, 10мг флуоксетина). То есть, всего лишь 7 (17,5%) человек из 40 обследованных на догоспитальном этапе получали адекватную антидепрессивную терапию.

Таким образом, большие потери общества и здравоохранения происходят в связи с несвоевременным распознаванием депрессивных расстройств, длительным периодом наблюдения пациентов в первичной сети, большим количеством исследований и неадекватным лечением. В связи с этим настоящее время важно проводить образовательные программы с врачами первичной сети, способствующие более раннему выявлению депрессивных расстройств.

СОВРЕМЕННЫЕ ВНЕПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Ю.А.Прудникова

*Сибирский государственный медицинский университет
Комплексный центр социальной поддержки населения ,г. Томск*

В ряду актуальных задач геронтопсихиатрии лечение, первичная и вторичная психопрофилактика имеют важнейшее значение. Начатая в 60-х годах прошлого столетия реабилитация пожилых людей, страдающих психическими расстройствами, имела односторонне-биологический характер.

Она не соответствовала сложным биопсихосоциальным связям и влияниям, существующим в механизмах патогенеза, клинических проявлениях и течении психических заболеваний второй половины жизни. Лечение психически больных позднего возраста преимущественно включало в себя применение психотропных препаратов и ЭСТ. Пациенты были обречены на длительные сроки пребывания в психиатрических больницах и специализированных интернатах.

Реабилитационный (восстановительный) подход к лечению получил широкое признание во многих странах и в России и применительно к области психических расстройств позднего возраста он отличается рядом особенностей. Это обусловлено клинико-патогенетическими отличиями болезней в старости, влиянием возрастных и возникающих в процессе заболевания личностных изменений и реакций на болезнь, негативных изменений в социальной ситуации больного. Опыт восстановительной терапии психически больных позднего возраста, накопленный отечественными психиатрами, показывает, что биологическое лечение, проводимое в комплексе с психотерапевтическими и социальными методами воздействия на пожилого человека (и его ближайшее окружение), более эффективно. Такой подход соответствует общепринятой биопсихосоциальной модели лечения психических расстройств и более эффективен при так называемых функциональных расстройствах пожилого возраста, включая депрессивные, а также при органических психозах. Он позволяет полностью ресоциализировать либо приспособить к жизни во внебольничных условиях многих больных, считавшихся ранее обреченными. В последние годы получает все большее развитие модель оказания помощи вне психиатрических учреждений, которая во всем мире является приоритетной. В этой связи огромную роль играют территориальные и областные центры социальной реабилитации. В частности Комплексный центр социальной поддержки населения Томской области являет собой экстрамуральное внебольничное звено, осуществляющее социальную, психологическую и культуртерпевтическую реабилитацию больных. Ежемесячно здесь отдыхают и

проходят медико-социальную, психолого-психотерапевтическую, социально-бытовую и культурную реабилитацию пожилые люди, пенсионеры и инвалиды, в том числе с психическими заболеваниями. Представлен широкий спектр психопатологии: это и состарившиеся инвалиды, состоящие на учете в психоневрологическом диспансере, и впервые выявленные расстройства адаптации, все виды аффективных и органических нарушений. Доминирующими у лиц старшего возраста клиентов социальной службы все же являются расстройства адаптации, обусловленные микросоциальным стрессом и психологическими проблемами. Так, 23,9% контингента имеют кратковременные и пролонгированные депрессивные реакции, смешанные тревожно-депрессивные реакции, 21,7% - дистимию, 8,7% - рекуррентные депрессивные расстройства, 6,5% - депрессивные эпизоды легкой и умеренной тяжести. 8,7% обследованных лиц имеют другие психические расстройства. Депрессивные расстройства в исследованной группе преимущественно носят затяжной характер и характеризуются неглубоким уровнем выраженности. Женская часть выборки особенно показывает подверженность депрессии. Также можно констатировать, что одиночество в этом возрасте является одним из факторов, влияющих на эмоциональную сферу людей.

Реабилитация в комплексном центре проводится командой терапевта-геронтолога, психиатра, психолога, социального работника и культуролога и включает медикаментозное, физиотерапевтическое лечение, психотерапевтическую и социальную составляющие. Пациенты получают квалифицированную медицинскую, психотерапевтическую, социально-бытовую помощь круглосуточно, в стационарных и полустационарных (амбулаторных) условиях.

Особенно важно, когда речь идет о депрессивных расстройствах, наиболее частых в пожилом возрасте. Депрессивные нарушения в этом возрасте ведут к снижению социальной активности человека, социальной изоляции, ухудшению внутрисемейных отношений. Депрессия ухудшает течение соматических заболеваний, Основным методом лечения при депрессивных нарушениях

легкого уровня, согласно международным стандартам, является психотерапия. Использование психотерапевтических методов в геронтологической практике связано с отходом в последний период от дефицитарной модели старения, согласно которой этот процесс является общим снижением интеллектуальных и эмоциональных возможностей. Проведение психокоррекционной работы в амбулаторных условиях на базе комплексного центра социального обслуживания населения позволяет приблизить ее к населению, избежать госпитализации и социальных последствий депрессии и других психических расстройств.

Разработаны принципы группового психотерапевтического воздействия для лиц пожилого возраста. Этот вид психотерапии является адекватным методом для восстановления и расширения социальных связей у пожилых. Целью психотерапии является снятие симптомов, восстановление и активизация телесных, психических и социальных функций, навыков, возможностей, а также решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пожилой человек не может справиться самостоятельно. Специфичным в построении психотерапевтических программ является принцип активации ресурсов пожилого человека, так как не востребуемые функции угасают. Кроме того, поощряется общение и самозанятость отдыхающих центра. Собственными силами пациентов был создан и функционирует клуб общения пожилых “Надежда”.

Таким образом, мы имеем новые подходы к реабилитации, учитывающие биопсихосоциальный и внебольничный принципы в психиатрии, что позволяет проводить более полную и эффективную адаптацию и ресоциализацию пожилых, страдающих не только депрессивными, но и другими психическими расстройствами, избегать госпитализаций и инвалидизации больных.

КЛИНИКА И ДИНАМИКА КОМОРБИДНЫХ ПАНИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ИНИЦИАЦИИ ПАНИЧЕСКОЙ ТРЕВОГИ

Собенников В.С., Дашинамжилова В.Н.

Панические состояния, различающиеся в клинико-психопатологическом отношении выраженностью когнитивных и вегетативных симптомов представляют собой одну из наиболее часто встречающихся форм психической патологии. Распространенность панической тревоги в популяции с учетом субклинических форм достигает 9% (Katon W., et al., 1987; Wade A.C., 1999; Servant D., et al., 2000; Kuntze M., et al., 2001). Изолированное проявление паники наблюдается редко, более типично сочетание с агорафобией, депрессией, соматоформными, а также аддиктивными расстройствами, в рамках сложных аффективно-невротических синдромов. Формирование последних определяется переплетением патогенетических звеньев. Например, связь панической тревоги и соматоформных расстройств объясняется наличием повышенной сенситивности больных паникой к телесным ощущениям, сопровождающим тревогу, которая обуславливает выраженность соответствующих переживаний, даже на фоне минимальных собственно физиологических изменений (Hoehn-Saric R., et al., 2004). В современной психиатрической литературе имеются указания на существенное влияние на клинику тревожных расстройств и коморбидной патологии возраста больных к началу заболевания (Diniz J.B., et al., 2004).

Изучалось влияние возраста инициации паники на клинику и динамику затяжных коморбидных состояний с сочетанным проявлением панической тревоги и соматоформных расстройств.

Объектом исследования являлась группа больных – 30 человек (17 женщин и 13 мужчин), находившихся на стационарном лечении в клиническом отделении кафедры психиатрии ИГМУ. Средний возраст на момент обследования $41,9 \pm 1,7$ лет. Первичное проявление панической тревоги в возрасте до 25 лет отмечалось в 6 случаях (20,0%), до 35 лет в 13 (43,3%), до 45 летнего возраста в 8 (26,7%) и старше 45 лет, лишь в 3 наблюдениях (10,0%). Средний возраст инициации панической тревоги - $33,3 \pm 1,7$ лет. В зависимости от возраста появления панических состояний выделялось 2 группы: 1 – с

«ранним» появлением панических состояний до 35 летнего возраста – 19 человек (средний возраст $27,5 \pm 1,5$ лет), 2 – с «поздним», в возрасте 35 лет и старше – 11 человек ($43,4 \pm 1,8$ лет).

Принадлежность к возрастной группе не определяла существенных различий в социально-психологических характеристиках больных. Преобладали лица со средним (40,0%), незаконченным высшим и высшим образованием (56,7%). Большинство больных (86,6%) состояли в браке, лишь 4 человека не имели семьи. Начало регулярной половой жизни у больных первой группы было более ранним ($p < 0,05$), при, однако, большем числе детей у больных второй группы ($p < 0,02$). Также, в анамнезе больных с «ранним» вариантом первичному появлению панической тревоги в 31,6% наблюдений, предшествовало злоупотребление алкоголем. Среди больных второй группы данная особенность встречалась лишь в единичном наблюдении ($p < 0,05$). В то же время на доманифестном этапе у больных данной группы чаще выявлялась склонность к тревожному реагированию, наличие изолированных фобий (социофобия) ($p < 0,04$).

Клиническая динамика изученных состояний, как правило, характеризовалась первичным появлением панической тревоги в форме интенсивных атак, которые на начальном этапе наблюдались достаточно редко (1 – 2 раза в месяц или реже). В дальнейшем они теряли остроту и интенсивность, однако паническая тревога реализовалась более пролонгированно, с формированием частых субклинических панических состояний. На этом фоне присоединялась и расширялась соматоформная (ипохондрическая и соматизированная) симптоматика, в ряде наблюдений – субсиндромальные депрессивные проявления. Возраст полного развития болезненного состояния (манифеста) с коморбидными паническими и соматоформными симптомами составил $32,0 \pm 1,2$ лет в группе с «ранним» появлением паники и $45,8 \pm 1,4$ года, с «поздним». На манифестном этапе почти ежедневные, тревожные обострения отмечали 43,1% больных группы с «ранним» появлением паники и 63,6% с «поздним». В динамике интенсивность

паники у больных первой группы сглаживалась, а второй, напротив, углублялась с переходом субклинических панических состояний преобладающих на начальном этапе заболевания в отчетливые атаки по мере развития заболевания.

Клиническая структура панических состояний включала как когнитивный (фобический), так и соматический (вегетативный) компоненты в различном соотношении. Наиболее часто регистрировался спектр нозофобических переживаний (86,7%) с танатофобией на высоте паники, у 20,0% больных на первый план нередко выступала диспсихофобия. Соматические симптомы включали одышку, сердцебиение, головокружение, чувство дурноты, потливость, внутреннюю дрожь, позывы на мочеиспускание. В одной трети случаев отмечался полиморфизм симптомов, однако чаще вегетативная симптоматика ограничивалась пределами одной – двух анатомофизиологических систем. Панические состояния с выраженным соматическим компонентом и полиморфной вегетосоматической симптоматикой чаще наблюдались в группе больных с «ранним» появлением паники.

Помимо вегетосоматических симптомов (соматической тревоги), уже на начальных этапах заболевания, в структуру панических состояний во всех случаях включались полиморфные соматоформные (соматизированные и ипохондрические) нарушения, а также явления острой деперсонализации. Почти в половине наблюдений доминировали патологические сенсации интракраниальной локализации, в остальных случаях сенсации носили диффузный, полилокальный характер, что чаще выявлялось в клинической картине больных с «поздней» инициацией панической тревоги ($p < 0,05$). В динамике соматоформные симптомы приобретали перманентное течение и во многих случаях определяли клиническую картину заболевания на этапе стабилизации состояния.

Дифференцированные проявления острой деперсонализации в клинике панических состояний, в начале заболевания, обнаруживались лишь у одной

трети больных, но на этапе манифеста – во всех случаях. В обеих группах, без существенной разницы, преобладала тотальная (ауто- и соматопсихическая) деперсонализация на высоте панических состояний. Вне панических состояний симптомы деперсонализации выявлялись в единичных наблюдениях.

Следовательно, в рамках изученных состояний, при относительно «ранней» инициации панической тревоги, появлению паники достаточно редко предшествуют иные расстройства тревожного спектра, но с высокой частотой выявляется склонность к злоупотреблению алкоголем и ассоциация первой панической атаки с алкоголизацией. Как правило, наибольшая острота, и выраженность тревожных атак отмечается в начале заболевания. В структуре панической атаки широко представлены вегетосоматические нарушения, в то время как соматоформные сенсации чаще носят ограниченный (интракраниальный), монолокальный характер. При более «позднем» проявлении панической тревоги иногда за много лет ей предшествуют иные перманентные расстройства тревожного спектра в частности социофобия. В динамике коморбидных состояний происходит постепенная трансформация панических состояний от субклинических форм к развернутым паническим атакам. В структуре последних преобладает когнитивный (фобический) компонент. Характерна меньшая генерализация вегетосоматических симптомов, при, напротив, диффузных и полилокальных проявлениях соматоформных нарушений.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ АЛКОГОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ
АЛКОГОЛИЗМОМ, СОЧЕТАННЫМ С ИНФЕКЦИОННО-
ТОКСИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС**

Е.О. Старинская, А.П. Агарков, Н.А. Корнетов

*Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск
Томская клиническая психиатрическая больница*

При изучении особенностей клиники алкогольных психозов, протекающих на фоне инфекционно-токсической патологии ЦНС, нами было отмечено, что толерантность к алкоголю имеет свои особенности. Среди пациентов перенесших алкогольные психозы были выделены 2 группы.

Экспериментальную (первую) группу составили больные, перенесшие алкогольный психоз на фоне туберкулезной инфекции и описторхозной инвазии. Среди госпитализированных в Томскую областную клиническую психиатрическую больницу за 1999-2001 годы таких пациентов оказалось 148 человек, что составило 12,84% от всех поступлений с алкогольными психозами (1153 случаев). Таким образом, первую группу обследуемых составили 126 мужчин (85,1% от общего числа пациентов первой группы) в возрасте от 29 до 52 лет и 22 женщины (14,9%) в возрасте от 33 до 53 лет (средний возраст – $46,4 \pm 5,3$ лет), проживающих в Томске и Томской области.

В качестве группы контроля было обследовано 120 больных, перенесших алкогольные психозы, но без сопутствующей инфекционно-токсической патологии (вторая группа). В этой группе было 107 мужчин (89,2% от общего числа больных второй группы) в возрасте от 28 до 54 лет и 13 женщин (10,8%) в возрасте от 35 до 51 года (средний возраст – $42,3 \pm 6,5$ лет). Всего, таким образом, обследовано 268 человек, причем обе группы вполне сопоставимы по полу и возрасту.

Изучение динамики основных клинических проявлений алкоголизма у больных первой группы, по сравнению с контролем, показало, что средний возраст первого употребления спиртных напитков оказался практически идентичным: $17,5 \pm 3,6$ и, соответственно, $16,2 \pm 3,4$. Средний возраст начала систематического злоупотребления спиртным: $27,3 \pm 4,0$ года (контроль $25,4 \pm 4,0$). Алкогольный абстинентный синдром отмечен в возрасте $29,5 \pm 2,3$ года (контроль $29,2 \pm 2,1$ года).

Толерантность к 40% алкоголю представлена в табл. 1.

Табл. 1

Анализ толерантности к 40% алкоголю больных, перенесших различные формы алкогольных психозов (мл)

Алкогольные психозы	1-я группа	2-я группа
Делирий (F 10.4)	597 ± 295	856 ± 227
Галлюциноз (F 10.52)	450 ± 287	839 ± 301
Паранойд (F 10.51)	554 ± 109	821 ± 112
Хронические алкогольные психозы (F10.6; F 10.73; F 10.74)	386 ± 76	-

Полученные данные свидетельствуют о низкой толерантности у пациентов, перенесших алкогольный психоз на фоне инфекционно-токсического поражения (первая группа), в то время как у больных с алкогольными психозами без сопутствующих инфекционно-токсических заболеваний (вторая группа), отмечена очень высокая толерантность (более полутора бутылок водки).

Анализируя состояние толерантности на момент обследования, выявлено, что рост толерантности в 1,5-2 раза отмечен в 12,4% , а более чем в 2 раза - 3,2% (в контроле таких пациентов выявлено не было). Плато максимальной суточной толерантности к алкоголю было у 46,7% больных (в контроле – у 91,6%). Падение суточной толерантности отмечено чаще в основной группе - 37,7%, чем в контроле-8,4%.

Существенными характеристиками наркологического больного является предпочтительность употребления спиртных напитков и формы употребления алкоголя. Результаты представлены на рисунке 1.

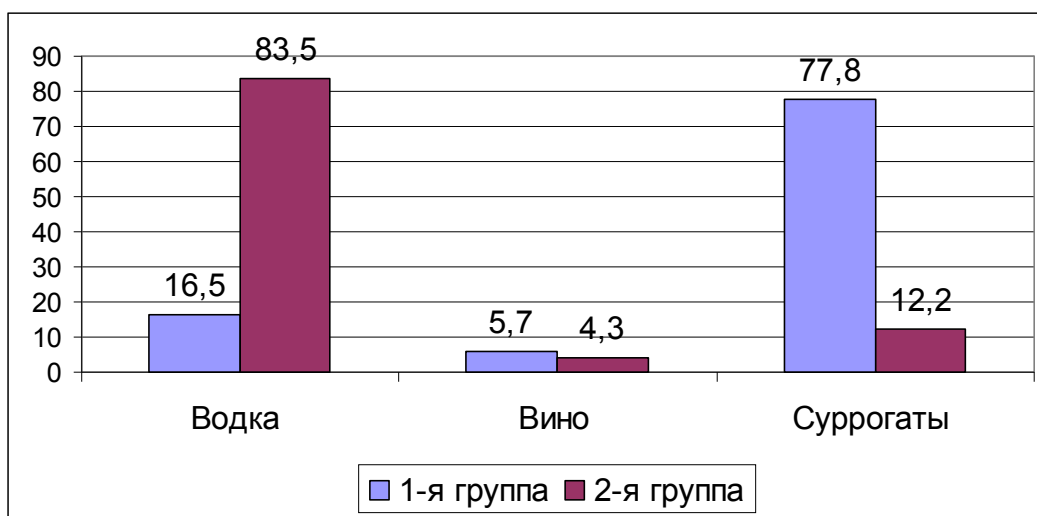
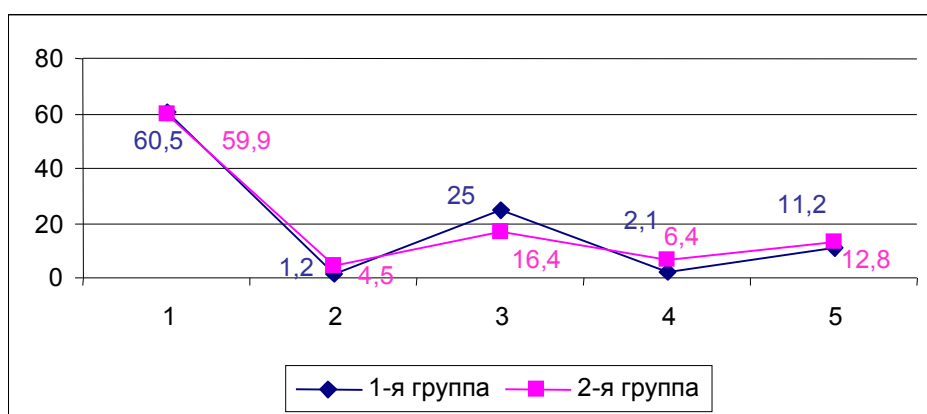


Рис. 1. Сравнение употребления различных спиртных напитков у больных алкогольными психозами.

Полученные данные позволяют выявить достоверные статистические различия между пациентами первой и второй групп ($P < 10^{-6}$). Так, в первой группе подавляющее большинство больных (77,8%) регулярно употребляли суррогаты алкоголя. Во второй группе – употребляли суррогаты только 12,2% больных, предпочитая водку (83,5%). Столь высокое употребление суррогатов алкоголя пациентами первой группы, можно объяснить большим числом лиц, имеющих диагноз “алкоголизм, 3-я стадия” – (53,1%), алкогольной деградации и социальным снижением личности, отсутствия материальных средств, из-за чего больные не могли купить водку в магазинах и были вынуждены приобретать суррогаты алкоголя. Вино употребляли одинаково редко как в первой, так и во второй группе.

Формы употребления алкоголя складываются из псевдозапоев, истинных запоев, постоянного пьянства с высокой толерантностью, постоянного пьянства с низкой толерантностью, перемежающегося пьянства (Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1983). Информация о формах употребления алкоголя представлена на рисунке 2.



1- псевдозапой; 2- истинные запои; 3- постоянное пьянство, высокая толерантность; 4- постоянное пьянство, низкая толерантность; 5- перемежающееся пьянство.

Рис. 2. Сравнительный анализ форм употребления алкоголя больными первой и второй групп (Над столбцами указан процент больных)

Как видно на данном рисунке, более половины больных алкогольными психозами в обеих группах демонстрировали псевдозапойную форму употребления алкоголя - 60,5% в первой группе, и – 59,9% во второй. Характерной причиной окончания алкоголизации наряду с социальными причинами (отсутствие денежных средств, конфликты в семье и на работе), было ухудшение самочувствия больного вследствие декомпенсации сопутствующих инфекционно-токсических заболеваний. Практически идентичными (11,2% и 12,8%) оказались экстенсивные показатели перемежающегося пьянства. Обращает внимание низкая встречаемость истинных запоев как у больных с «чистыми» алкогольными психозами (1,2%), так и с сопутствующей коморбидной патологией (4,5%). В 25,0% случаев, у больных основной группы отмечалась тенденция к постоянной (ежедневной) форме злоупотребления при высокой толерантности к алкоголю, в контрольной группе – 16,4%. Постоянное пьянство с низкой толерантностью наблюдалось в 2,1% в первой группе, против 6,4% в контроле. Важной особенностью данной формы алкоголизации является намеренное снижение больным ежедневного потребления алкоголя до такого

уровня, при котором не наступает выраженного ухудшения субкомпенсированных форм сопутствующей соматической патологии. Статистически значимых отличий форм употребления алкоголя больными первой и второй групп не выявлено.

Влияние коморбидной патологии на формирование тех или иных психотических проявлений алкоголизма представлено в таблице 2, 3.

Табл. 2

Формы употребления алкоголя у больных алкогольными психозами первой группы (%)

Диагноз	Псевдо-запой	Истинные запой	Постоянное пьянство, с высокой толерантностью	Постоянное пьянство, с низкой толерантностью	Перебегающее пьянство	Всего
Делирий (F10.4)	50,1	7,7	26,9	-	15,3	100
Галлюциноз (F10.52)	60,8	5,9	11,7	9,9	11,7	100
Параноид (F10.51)	42,8	-	28,6	14,3	14,3	100
Хронические алкогольные психозы (F10.6; F10.73; F10.74)	-	20	-	80	-	100

В первой группе отмечено увеличение удельного веса больных постоянным пьянством, с низкой толерантностью по мере утяжеления структуры алкогольного психоза. Так, если среди больных алкогольным делирием вообще не отмечалось данного вида пьянства, то среди пациентов с галлюцинозом таких случаев – 9,9%, с параноидом – 14,3%, а среди хронических алкогольных психозов – 80%.

Можно предполагать, что сочетанная с алкоголизмом инфекционно-токсическая патология оказывает не только модифицирующее влияние на

синдромообразование при психотических формах алкоголизма, но и определяет характер потребления спиртного.

Таблица 3

Формы употребления алкоголя у больных алкогольными психозами второй группы (%)

Диагноз	Псевдо-запой	Истин-ные запои	Постоянно е пьянство, с высокой толерант-ностью	Постоян-ное пьянств о, с низкой толеран т-ностью	Переме-жаю-щееся пьянств о	Всего
Делирий (F10.4)	52,4	-	27,6	2,5	17,5	100
Галлюциноз(F10.52)	64,2	1,4	32,2	2,2	-	100
Параноид (F10.51)	67,4	16,3	16,3	-	-	100

Самой распространенной формой употребления алкоголя является псевдозапойное пьянство (как в первой, так и во второй группе). Постоянное пьянство на фоне низкой толерантности (характерная для больных третьей стадией алкоголизма) диагностирована в незначительном числе случаев во второй группе, у больных с алкогольным делирием и галлюцинозом. Истинные запои выявлены в единичных случаях, как у больных первой, так и второй групп.

Больные алкогольным параноидом первой и второй групп резко отличались по форме употребления спиртного, прежде всего из-за того, что у пациентов первой группы не встречалось пьянства с низкой толерантностью и перемежающегося.

Таким образом, у больных перенесших алкогольные психозы на фоне туберкулеза легких или описторхоза (первая группа) отмечено снижение толерантности к алкоголю, по сравнению с группой контроля (алкогольные психозы без сопутствующей патологии). Полученные различия в количественной оценке переносимости спиртного могут быть связаны с динамикой алкогольной болезни (переход от второй к третьей стадии, по А.А.

Портнову и И.Н. Пятницкой) или в результате действия сопутствующей экзогенной патологии. Так, на снижение толерантности к алкоголю при сопутствующей инфекционно-токсической патологии указывается многими авторами (Ершов А.И. 1966; Кривонос П.С. 1980; Рудой Н.М., Чубаков Т.Ч. 1985; Миневич В.Б. 1990). Формы употребления алкоголя при алкогольных психозах, сочетанных с коморбидной инфекционно-токсической патологией вследствие туберкулеза легких и описторхоза, отличаются от «чистых» психозов за счет более высокого удельного веса истинных запоев и постоянного пьянства с низкой толерантностью.

КСЕНОНОВАЯ ТЕРАПИЯ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ

Шписман М.Н.*, Наумов А.В., Лукинов А.В.****

Сибирский государственный медицинский университет,
Томский военно-медицинский институт***

Под влиянием стресса происходят выраженные изменения практически во всех системах организма - нервной, эндокринной, иммунной, системе кроветворения, системе пищеварения и многих других. Все это может вести к возникновению и развитию заболеваний. В настоящее время считается доказанной значимая роль состояний дистресса в возникновении или развитии целого ряда заболеваний: ишемическая болезнь сердца, сосудистые заболевания головного мозга, язвенная болезнь, нарушения углеводного обмена (сахарный диабет), некоторые заболевания нервной системы (неврастения, рассеянный склероз, депрессивные расстройства), рак молочной железы, желудка, предраковые заболевания этих и других органов и систем.

Более того, доказано, что острый и хронический стресс и выраженная реакция на него может привести к возникновению внезапной смерти, когда при аутопсии не обнаруживается заболевания, которое бы могло привести к смертельному исходу. Исследования последних лет дали возможность врачам с большей долей вероятности определять состояние процессов адаптации у конкретного пациента. Разработана серия препаратов и схем лечения,

позволяющих управлять процессом адаптации у человека, как в условиях напряжения, так и срыва адаптационных механизмов.

В обзорах Т.Д.Мороза (1982), Г.Н.Крыжановского (1985) дана обширная литература, доказывающая развитие иммунодефицита при стрессе. Получены также убедительные данные о гормональных изменениях и иммунологическом дисбалансе при стресс-индуцированных депрессиях (Корнетов Н.А.,1993). Состояния дистресса и расстройства адаптации, протекающие с эмоциональными нарушениями сопровождаются выраженными изменениями практически во всех звеньях иммунитета: клеточном, гуморальном, неспецифическом. Подтверждением этому являются результаты клинических исследований, свидетельствующие о наличии при стресс-зависимых патологических состояниях (язвенной болезни, онкологических заболеваний, сахарного диабета, некоторых заболеваний нервной системы и психических расстройств) достаточно выраженных отклонений основных параметров иммунного гомеостаза и о тенденции их к нормализации в ходе успешного лечения (Данилишина В.С., Галицкий Я.Д., Стародуб Е.М., 1980; Малов Ю.С., Ефимов А.В.,Анисимов А.В.,1981; Ващенко В.М., Успенский В.М., Семенов В.В. и др.,1983;Рябцев В.Г., Белокриницкий Д.Б.,1986; Сапроненков П.М.,1987; Комаров Ф.И., Серебрянская М.В.,1990; Корнетов Н.А. 1993).

Симптомы острого и хронического стресса разнообразны, но во многом сходны: выраженная бессонница, ощущение боли и давления в затылке, шее, животе, спине, а также в области грудной клетки и глазных яблок, обильное потоотделение, затрудненное дыхание, одышка, тошнота, рвота, физическое беспокойство, чувство страха, дрожи в коленях и т.д. Для хронического стресса характерны также и некоторые другие симптомы, не встречающиеся при остром стрессе: нарушение ночного сна, повышение или понижение половой потенции и т.д. Все перечисленные клинические признаки и симптомы являются как правило проявлениями депрессивных и тревожных расстройств. Возможно, коморбидность большой депрессии и генерализованного тревожного расстройства или эпизодической пароксизмальной тревоги возникает в

условиях истощения адаптивных механизмов организменных систем, психологической защиты и поведенческих паттернов приспособления. В этих случаях фазы мобилизации и торможения функций исчерпывают свои защитный физиологические возможности, превращаясь в патогенез развития эмоциональных расстройств. Их клинические проявления вызывают описанные выше сопряженные сдвиги в гомеостатических системах организма, которые дезорганизуют согласованность в работе нервной, эндокринной и иммунной систем.

Лечение адаптационных расстройств и заболеваний, и более тяжелых часто связанных с ними состояний: неврастения, депрессивные и тревожные расстройства, синдромы отмены при употреблении алкоголя или психоактивных веществ, заболеваний сердечно-сосудистой системы, болевых синдромов различной этиологии, восстановление организма после перенесенных заболеваний и операций являются показаниями для уменьшения степени тяжести страдания пациентов.

В настоящее время все более широкое применение в медицине находит ксенон, обладающий уникальными физико-химическими свойствами благородного газа. Он открывает новые горизонты в медико-биологической практике, поскольку имеет сочетание низкой токсичности с возможностью растворяться в биологических жидкостях и клеточных мембранах, осуществляет воздействие на обменные и клеточные процессы посредством физических и биофизических механизмов. В то же время клиническое использование ксенона опережает наши представления о физиологии и патофизиологии изменений в организме и его отдельных структурах, возникающих при взаимодействии с ксеноном.

Ксенон – инертный газ, не подвергающийся биотрансформации, слабо растворим в жидких средах организма, быстро элиминировается преимущественно через легкие (Дамир Е.А. и др., 1996). Медицинские свойства ксенона (Xe) известны с 1946 года (Ferrari e.a., 1998), а их первое применение зафиксировано в 1951 году (Cullen S.C., Gross E.G., 1951).

Вследствие биохимической инертности Хе не обладает острой и хронической токсичностью [Burov e.a., 2000], тератогенностью и эмбриотоксичностью, не является аллергеном [Joyce, 2000], не нарушает целостность структур мозга [Schmidt e.a.,2000]. Известно прямое блокирующее влияние газа на нервные клетки [Miyazaki e.a.,1999], реализующееся, по-видимому, через изменение биохимического состава клеточных мембран [Natale e.a., 1998], так как Хе обладает высокой растворимостью в липидах [Marx, Kotzerke e.a., 2000].

Разработана оригинальная методика лечебных ингаляций ксенон-кислородной смеси, которая апробирована в терапии больных с различной патологией.

Клинические исследования и терапия заболеваний проводилась при информированном согласии пациентов. Использовались научно-исследовательские критерии диагностики при лечении предлагаемых групп заболеваний с использованием протоколов отвечающих требованиям GCP.

Клинические наблюдения выполнены у 53 больных с гипертонической болезнью в возрасте от 38 до 58 лет. Из них 35 мужчин и 18 женщины. Средняя масса тела составила 72 ± 8 кг. Группа больных с язвенной болезнью желудка и ДПК составила 48 человек в возрасте 29 – 49 лет. Средняя масса тела 65 ± 11 кг. 29 женщин и 19 мужчин. Ранее пациенты неоднократно проходили курсы лечения по поводу основного заболевания. Группа лиц, где ксеноновая терапии использовалась для повышения работоспособности, составила 23 практически здоровых мужчин (водителей) в возрасте 28-46 лет , с массой тела 59-73 кг. Лица с синдромом хронической усталости и хроническим стрессом составили группу из 29 человек – 17 мужчин и 12 женщин. При объективном обследовании у них не были выявлены заболевания внутренних органов и нервно-психические расстройства, за исключением признаков хронического стресса и хронической усталости. Средний возраст пациентов 29-49 лет, масса тела от 65 до 90 кг.

В целом устранение основных симптомов заболевания или их регрессия наступала на 10-15 день после начала лечения. Установлено, что эффективность

применения лечебных ингаляций ксенона при терапии не зависит от пола, возраста, длительности заболевания, но количество инертного газа, используемого на курс лечения, связано со степенью выраженности обострения заболевания, массой пациента и его жизненной емкостью легких. Действие ксенона сопровождается высоким уровнем бодрствования без седативных и депрессогенных эффектов. Повторные процедуры ингаляций не допускают тяжелых психофизических страданий и создают благоприятный фон для проведения всего комплекса терапии.

Современные достижения в области исследования процессов адаптации человека дают в руки исследователей инструменты диагностики и лечения адаптационных расстройств, что позволяет своевременно и эффективно осуществлять терапевтические вмешательства на этапах формирования различных патологических процессов, когда вероятно есть возможность предотвращать развитие клинического уровня проявлений многофакторных соматических заболеваний, психиатрических и неврологических расстройств. . Мощным лечебным фактором может выступать инертный газ ксенон, как в варианте монотерапии, так и в комплексном лечении с его использованием.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, СОЧЕТАННОЙ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.

Устюжанина Е.А., Чернявская Г.М., Белобородова Э.И., Корнетов Н.А.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

В отечественной и зарубежной литературе в последние годы уделяется большое внимание проблеме психического состояния больных при различных соматических заболеваниях. Среди психических расстройств у больных соматическими заболеваниями депрессии регистрируются в 4,8-7,4%, в общей поликлинической сети - в 10% (Т. Ustun, N. Sartorius, 1995). Э.Б.Дубницкая [12] отмечает, что сочетание депрессивного расстройства относится к числу неблагоприятных факторов, усложняющих процесс

диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента, больных с одной стороны, а с другой - негативно влияющих на течение и прогноз соматического заболевания. Болезни органов дыхания являются такими социально значимыми заболеваниями, при которых психопатологические нарушения встречаются довольно часто [Арипов А.Н., 1989 ; Ломоносов А.В. 1998; Woller W., et al., 1990. Среди них все большее внимание привлекает бронхиальная астма. Несмотря на разноречивые мнения о том, является ли бронхиальная астма (БА) психосоматической патологией, нельзя не признать значительной роли психоэмоциональных процессов в возникновении, течении и лечении этого заболевания [Палеев Н.Р. соавт, 1997 Lehrer P.M. et al., 1993). В связи с этим обоснованными являются анализ психологических особенностей больных с БА для решения вопроса о необходимости психофармакологической коррекции при данном заболевании. Актуальность этой проблемы, по мнению Краснова В.Н.(1997), Смулевича А.Б.(2000) и Корнетова Н.А. (2001) диктуется потребностями практической медицины, необходимостью разработки дифференцированных подходов к выбору медикаментозной терапии и методов психосоциальной поддержки. Сопутствующие заболевания оказывают заметное влияние на состояние больных, изменяя течение БА. В частности, патология желудочно-кишечного тракта при БА встречается весьма часто [Бирг Н.А., 1991; 1995], однако, многие ключевые вопросы, касающиеся сочетания эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны (ЭЯП ГДЗ) и БА остаются недостаточно изученными. К этим вопросам могут быть отнесены: психосоматические особенности течения ЭЯП ГДЗ и БА в условиях их сочетания и взаимовлияния; подходы к диагностике и принципы лечения больных БА с наличием ЭЯП ГДЗ с учетом психопатологических нарушений. В настоящем исследовании изучена распространенность и характер тревожно-депрессивных расстройств у больных бронхиальной астмой с наличием эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны в условиях их сочетания и взаимовлияния; оценить влияние тревожно-депрессивных расстройств на течение БА. В исследование были включены 112 пациентов (65 женщин и 47

мужчин), имеющих бронхиальную астму смешанного генеза разной степени тяжести в возрасте от 18 до 65 лет. Диагноз БА, ее форма, степень тяжести верифицировался согласно критериям проекта GINA (1996, 2002) и в соответствии с положениями Международной классификации болезней X пересмотра. В соответствии с поставленными задачами и необходимостью изучения влияния тревожно-депрессивных расстройств на течение БА больные были разбиты на 2 группы. Группу 1 (n=87) составили больные с наличием тревожно-депрессивных расстройств. Эта группа (основная) в зависимости от наличия эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны была разделена на подгруппы: 1а (n=54) с ЭЯП ГДЗ и 1б (n=33) без клинико-эндоскопических признаков ЭЯП ГДЗ. Группу 2 (n=25) составили пациенты с БА, у которых тревожно-депрессивные расстройства выявлены не были. Подгруппу 2а (n=10) составили больные, имеющие ЭЯП ГДЗ, подгруппу 2б (n=15) - больные, не имеющие ЭЯП ГДЗ. Больные исследуемых групп по полу, возрасту были сопоставимы. Всем пациентам наряду с методами, предусмотренными стандартами обследования больных БА, с помощью специальных опросников выявляли наличие тревожно-депрессивных расстройств. Для оценки тревоги использовали шкалу Шихана, для самооценки депрессии применяли шкалы Бека и Цунга. Диагноз ЭЯП ГДЗ подтверждался эндоскопически. При эндоскопическом описании патологических изменений слизистой оболочки желудка и ДПК у обследованных больных использовались критерии Сиднейской системы (1990, 1996 г.г.). Больным проводилось исследование функции внешнего дыхания путем анализа кривой "поток-объем" и показателей спирометрии с использованием компьютерного анализатора "Flowscreen" фирмы "Jaeger", Германия. Для интерпретации полученных показателей использовались рекомендации Европейского Респираторного общества (1993). Для статистического анализа данных использованы: пакет прикладных программ "Statistica - 6.0", "Stat Soft Inc.", USA и статистическая медикобиологическая программа "Biostat - 4.03", Stanton A. Glantz., 1999.

Результаты исследования показали, что клиническую группу БА можно разделить на 2 группы. В первой группе преобладали больные с более тяжелым течением БА. Выявлены достоверные различия по степени тяжести БА между основной и контрольной группами, а анализ базисной и ситуационной противоастматической терапии больных БА показал достоверно высокий уровень применения препаратов у больных данной группы. Проведенное исследование ФВД также показало, что у больных БА с тревожно-депрессивными расстройствами были низкие исходные показатели ФВД по сравнению с контрольной группой. Среди больных первой группы преобладали пациенты старшего возраста. По половому признаку как в группе 1, так и в группе 2 преобладали женщины.

Для больных БА с наличием тревожно-депрессивных расстройств характерна достоверно большая продолжительность БА, с увеличением которой встречаемость тревожно-депрессивных расстройств также увеличивается. Для больных БА первой группы характерна статистически достоверно большая продолжительность обострений БА по сравнению с больными БА без тревожно-депрессивных расстройств.

Таким образом, течение тревожно-депрессивных расстройств тесно связано с течением БА, продолжительностью болезни и длительностью обострений БА. Вопрос о первичности и вторичности психосоматических взаимоотношений решить сложно. Можно предполагать взаимовлияние: БА у предрасположенных больных создает условия для формирования тревожно-депрессивных расстройств, которые, в свою очередь, способствуют более тяжелому течению БА. Проведенный анализ показал наличие высокой частоты клинических симптомов, указывающих на вовлечение в патологический процесс органов ГДЗ у больных БА. Диспепсический симптомокомплекс наблюдался у 90 больных (80,3%) и имел тенденцию к нарастанию при утяжелении БА. Причем у больных БА с тревожно-депрессивными расстройствами диспепсический синдром встречался достоверно чаще, чем у больных БА без тревожно-депрессивных расстройств (85 % и 64 % соответственно).

У больных БА, с наличием тревожно-депрессивных расстройств имеет место "диспепсический орнамент", а частота выявления диспепсической симптоматики достоверно выше, чем среди больных БА без психических нарушений. Исследование психоэмоциональной сферы выявило наличие тревожно-депрессивных расстройств у 87 больных (77,7 %). Доминировали сочетанные расстройства (тревога и депрессия) у 40,1% больных БА, тревожные расстройства без депрессии выявлены у 23,2 % больных; депрессивные расстройства без тревоги выявлены у 14,2 % больных БА. Степень психологических изменений у больных основной группы не отличается. Так, при тяжелом течении БА не отмечено достоверного повышения уровня депрессии и тревоги в сравнении с БА средней степени тяжести. По частоте наличия депрессивного расстройства и тревоги различия между БА средней степени тяжести и тяжелой степени также отсутствуют.

Проведенное исследование показало, что тревожно-депрессивные нарушения являются распространенной функциональной патологией в клинике БА среднетяжелого и тяжелого течения. В половине случаев доминирует сочетанное расстройство - депрессия и тревога, при этом, тревожность проявляется как устойчивая личностная черта, сопутствующая депрессии при БА. У подавляющего большинства больных БА с тревожно-депрессивными расстройствами (от 63 до 89%) имеет место среднетяжелая выраженность депрессии и они нуждаются в медикаментозной коррекции депрессивного синдрома. Следует отметить, что указанные пациенты никогда не обращались за медицинской помощью по поводу депрессивного состояния и не лечились. Особенностью тревожно-депрессивных расстройств при БА является то, что тревожно-депрессивные расстройства тесно связаны с течением БА: степенью ее тяжести, продолжительностью БА и длительностью обострений. Встречаемость тревожно-депрессивных расстройств не зависит от пола. Это противоречит данным ВОЗ и Национального института психологического здоровья США о том, что женщины страдают депрессией чаще, чем мужчины. Риску развития тревожно-депрессивных расстройств подвержены больные БА более старшего возраста.

Частота ЭЯП ГДЗ среди больных 1 и 2 групп составила 62% и 40% соответственно ($p=0,044$). Риск развития ЭЯП ГДЗ у больных с тревожно-депрессивными расстройствами в 1,55 раз выше, чем у пациентов, не имеющих тревожно-депрессивных расстройств. По данным результатов психологического исследования в основной группе в зависимости от наличия ЭЯП ГДЗ выявлено, что у больных с наличием ЭЯП ГДЗ уровень депрессии по шкале Бека был достоверно выше, чем у больных без патологии ГДЗ. Такая же закономерность отмечена при анализе уровня тревоги по шкале Шихана.

При оценке уровня депрессии у больных 1 группы по опроснику Цунга достоверных различий между больными с ЭЯП и без ЭЯП ГДЗ выявлено не было. Итак, можно предположить, что тревожно-депрессивные расстройства не только способствуют более тяжелому течению БА и повышают риск развития ЭЯП ГДЗ, но и сочетанное течение БА и ЭЯП ГДЗ увеличивает степень психологического напряжения, усиливая тревожно-депрессивные расстройства. Не исключено, что тревожно-депрессивные расстройства играют определенную роль в формировании ЭЯП ГДЗ у больных БА. Таким образом, формирование тревожно-депрессивных расстройств при БА является, вероятно, одним из факторов, обуславливающих высокую частоту ЭЯП ГДЗ при этом заболевании. Причем сочетанное течение БА и ЭЯП ГДЗ увеличивает степень психологического напряжения и усиливает тревожно-депрессивные расстройства, что необходимо учитывать в тактике ведения пациентов и отмечать особенности клинической картины

В целом, тревожно-депрессивные нарушения встречаются у 78% больных бронхиальной астмой и являются распространенными признаками симптомов психическими и поведенческими расстройств в клинике бронхиальной астмы среднетяжелого и тяжелого течения. В половине случаев доминирует сочетанное расстройство - депрессия и тревога, при этом, тревожность проявляется как устойчивая личностная черта, сопутствующая депрессии при бронхиальной астме. У подавляющего большинства больных бронхиальной астмой с тревожно-депрессивными расстройствами (от 63 до 89%) имеет место среднетяжелая

выраженность депрессии и они нуждаются в медикаментозной коррекции депрессивного синдрома. У больных бронхиальной астмой с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны тревожно-депрессивные расстройства встречаются чаще и выражены в большей степени. Особенностью тревожно-депрессивных расстройств при бронхиальной астме является то, что они тесно связаны с течением бронхиальной астмы, с ее тяжестью, длительностью заболевания и продолжительностью обострений. Их встречаемость не зависит от пола, а риску развития подвержены больные бронхиальной астмой более старшего возраста. Для больных бронхиальной астмой с наличием тревожно-депрессивных расстройств характерно более тяжелое течение бронхиальной астмы, что проявляется более низкими показателями функции внешнего дыхания и более высоким уровнем применения медикаментозной терапии.

Проведенный анализ показал наличие высокой частоты клинических симптомов, указывающих на вовлечение в патологический процесс органов гастродуоденальной зоны у больных бронхиальной астмой. Ведущим в клинической картине является диспептический симптомокомплекс (80,3%), частота которого нарастает с утяжелением бронхиальной астмы. Особенностью течения бронхиальной астмы с наличием тревожно-депрессивных расстройств является более высокая частота встречаемости диспепсического симптомокомплекса по сравнению с больными бронхиальной астмой, не имеющих тревожно-депрессивных расстройств, что должно определять различия в тактике ведения больных.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ГЕНДЕРНЫЙ ТИП ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Н.С. Хоч

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

В современных исследованиях, так или иначе связанных с изучением психологических и социально-психологических характеристик личности, детерминирующих поведение мужчин и женщин все чаще вместо термина «психологический пол» используется семантически родственное, но более сложное понятие «гендерная идентичность». Содержательные составляющие и психологического пола и гендерной идентичности раскрываются, как правило, через категории «маскулинность» (мужественность) и «фемининность» (женственность). В определенном смысле, термины «психологический пол» и «гендерная идентичность» могут рассматриваться как синонимы, т.к. обозначают одну из подструктур социальной идентичности личности, которая характеризует индивида с точки зрения его принадлежности к группе людей, выделяемой на основе общих половых признаков (Клецина, 2004). Однако, в основе понятия «гендерная идентичность» лежит не биполярная модель психологического пола, когда маскулинность и фемининность рассматриваются как разные полюса одной шкалы, а мультиполярная модель, в рамках которой маскулинные и фемининные психологические качества не являются альтернативными, а ортогональными и могут формироваться человеком независимо друг от друга. Еще одно отличие заключается в том, что понятие «гендерная идентичность» включает в себя гендерные представления, стереотипы, интересы и, что нам представляется важным, установки полоролевого поведения.

Таким образом, понятие «гендерная идентичность» – более сложная, чем понятие «психологический пол» структура, включающая в себя основной и периферические комплексы характеристик, которые закладываются в разные

периоды онтогенеза и проявляют разную чувствительность к трансформирующим воздействиям. Если глобальная гендерная идентичность сохраняется, как правило, в течение жизни, то периферические гендерные компоненты (интересы, установки, полоролевое поведение и т.д.) усложняются и дополняются в процессе взаимодействия с социокультурным пространством. Особое место в становлении гендерных характеристик личности занимает подростковый период, когда приобретается индивидуальный опыт, основанный на новых биологических возможностях, реализуемых в конкретных этнических, классовых, профессиональных, конфессиональных и других условиях социокультурного пространства.

В рамках мультиполярной модели может быть выделено не два, а существенно большее количество типов гендерной идентичности или гендерных типов личности. Одной из наиболее распространенных и эмпирически подтвержденных гендерных типологий является типология S. Bem (1974), в соответствии с которой могут быть выделены четыре гендерных типа личности: маскулинный тип (сочетание высокой маскулинности с низкой фемининностью), фемининный тип (низкая маскулинность – высокая фемининность), андрогинный тип (высокая маскулинность – высокая фемининность) и недифференцированный или неопределенный тип (низкая маскулинность – низкая фемининность). Для выявления типологической принадлежности индивида используется опросник (Bem Sex Role Inventory).

В исследовании, результаты которого представлены в данной работе, была использована русская версия BSRI (Клецина, 2000, 2004). Для выявления характеристик сексуального поведения, значимых для репродуктивного здоровья, использовалось структурированное тематическое интервью. 310 юношей и девушек в возрасте 16 –21 лет добровольно и анонимно принимали участие в исследовании. Предваряя презентацию результатов нашего исследования необходимо отметить, что большинство респондентов продемонстрировали весьма ограниченные знания о заболеваниях, передающихся половым путем, а также знания о физиологических основаниях

и возможностях обеспечения безопасности сексуального поведения и планирования семьи.

По результатам заполнения Bem Sex Role Inventory респонденты были распределены в четыре группы с разными типами сочетания гендерных психологических характеристик

К андрогинному типу были отнесены 48% (n=81) девушек и 31% (n=50) юношей; к недифференцированному – 9% (n=15) девушек и 47% (n=75) юношей; к фемининному – 35% (n=60) девушек и 5% (n=8) юношей, к маскулинному – 8% (n=14) девушек и 17% (n=27) юношей. Таким образом, более половины участников нашего исследования имели психологические гендерные характеристики недифференцированного типа, и этот факт требует дальнейшего изучения. Однако и сейчас понятно, что такие особенности гендерных характеристик личности, к сожалению, не могут рассматриваться как личностно благоприятные. Как установлено в исследованиях Е.Соколовой с соавторами (2000), дефицитарность гендерных психологических качеств (которая, возможно, является частным признаком искажения образа «Я»), влечет за собой дефекты функций саморегуляции и обуславливает снижение адаптационных социальных способностей личности недифференцированного типа по сравнению с другими гендерными типами.

Анализ данных структурированного интервью показал, что гендерный тип личности (а точнее – степень выраженности гендерных качеств) выступал как дифференцирующий фактор для возраста вступления в сексуальные отношения, характеристик выбора и количества сексуальных партнеров.

Так, к моменту интервьюирования практически все юноши маскулинного гендерного типа личности, а также подавляющее большинство юношей недифференцированного (91%) и андрогинного (85%) гендерных типов имели сексуальный опыт. Существенно меньшую сексуальную активность проявляли только юноши фемининного типа. Среди них только половина имели сексуальный опыт.

Несколько иная картина по признаку наличия сексуального опыта наблюдалась среди девушек: среди имеющих гендерные характеристики маскулинного, андрогинного и фемининного типов личный сексуальный опыт имели менее и около половины респонденток (33, 55 и 56 процентов соответственно). И только среди девушек недифференцированного гендерного типа процент имеющих сексуальный опыт был таким же высоким (86%), как и среди юношей того же гендерного типа. Для этих групп респондентов также было характерно достоверно большее количество сексуальных партнеров (4 – 6 против 1 – 3 для индивидов других гендерных типов), а также достоверно более ранний сексуальный дебют (у девушек - в среднем на 1,3 года раньше ($p < 0,05$); у юноши – на 0,9 года раньше ($p < 0,05$), чем для индивидов с другим гендерным типом личности).

Более подробный анализ структурированных интервью показал, что большинство юношей и девушек с недифференцированным гендерным типом личности затруднялись в формулировании предпочтительных возрастных, личностных и социальных характеристик выбора своих сексуальных партнеров.

Таким образом, полученные в нашем исследовании факты свидетельствуют о том, что наличие в структуре личности как юношей, так и девушек подросткового возраста психологических характеристик недифференцированного гендерного типа является фактором риска для их репродуктивного здоровья.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В РАННЕМ АНАМНЕЗЕ ЛИЦ, ПРИЗНАННЫХ НЕГОДНЫМИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ В СВЯЗИ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ.

Черняк Н.Б.

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Изучался ранний анамнез 188 пациентов (все - мужчины в возрасте 25-32 лет), ранее, в возрасте 18-19 лет, признанных негодными к военной службе в связи с расстройством личности. Углубленное изучение медицинской документации, отражающей развитие пациентов, целенаправленный сбор

объективных сведений со слов родственников позволили выявить значительную частоту гиперкинетических расстройств в раннем анамнезе пациентов (89 человек, 47% случаев). Характерным было сочетание чрезмерной активности в поведении, с выраженной невнимательностью и неусидчивостью при выполнении задач, склонностью бросать начатые дела, не доводя их до конца, с затруднением восприятия контролирующих стимулов. Данные особенности проявлялись диффузно, вне зависимости от ситуационных воздействий и микросоциального окружения.

Целью данной работы был корреляционный анализ динамики расстройств личности и коморбидной патологии у 2 групп пациентов: 1. с наличием гиперкинетических расстройств в детстве (89 пациентов) и 2. без таковых (99 человек). В первой группе пациентов у 72 (80,9%) диагностировались нарушения соответствующие критериям расстройства личности кластера «В», у 11 пациентов (12,4%) - кластера «С» и 6 (6,7%) - кластера «А». При использовании корреляционного анализа обнаружены положительные корреляционные связи между гиперактивностью в раннем анамнезе и расстройствами поведения с формированием специфических патохарактерологических реакций в подростковом возрасте, особенно связанных с импульсивностью влечений, относящихся к кластеру «В». Нарушения поведения проявлялись уходами из дома, тяжелыми конфликтами со сверстниками и учителями, частыми драками, воровством, что вело к постановке на учет в детской комнате милиции. Также, среди пациентов первой группы выявлялась более ранняя алкоголизация, а в последующем чаще формировались алкоголизм и злоупотребление наркотическими веществами. Для лиц кластеров «А» и «С», кроме того, были отмечены достоверные корреляции между наличием гиперактивности в детском возрасте и более низким уровнем полученного образования.

Следовательно, наличие гиперкинетических расстройств в детском возрасте является предиктором менее благоприятной динамики расстройств личности не только на этапе их становления, но и дальнейшего течения,

частоты формирования коморбидных аддиктивных расстройств и, в конечном итоге, более низкого уровня социальной адаптации. что необходимо учитывать при организации динамического наблюдения и коррекционной работе.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С РАЗЛИЧНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

О.Г. Юдина

Томская клиническая психиатрическая больница, г. Томск

Рост числа больных депрессивными расстройствами существенным образом отразился на общей структуре заболеваемости. Хорошо известно, что основная часть пациентов с аффективными расстройствами чаще обращаются в общемедицинскую, в том числе неврологическую практику. Так, примерно 60-80% больных депрессией не попадают в поле зрения психиатров и лечатся врачами-интернистами, поскольку среди них преобладают пациенты с легкими атипичными формами.

Между тем лишь очень малый процент больных предъявляет жалобы на психические расстройства, а основная масса акцентирует внимание врачей на чисто соматические жалобы. В первичной медицинской сети бывает очень трудно вычленить психический или соматический радикал, так как клинически они всегда сопряжены. Наибольший удельный вес в лечении депрессий имеет фармакотерапия, поскольку в сравнении с другими методами (в среднем 69%) она обладает и наибольшей стойкостью отдаленных результатов (Мосолов С.Н., 1998).

Существенным продвижением в отношении возможностей направленного эффекта явилось создание в конце 80-х годов селективных ингибиторов реаптейка серотонина (флуоксетин, сертралин, пароксетин), дофамина (бупропион). С практической точки зрения эти препараты имеют целый ряд преимуществ: безопасность, лучшую переносимость, возможность

направленного действия. А с научно-исследовательских позиций это важно для идентификации конкретного биохимического дефекта в патофизиологической структуре психических расстройств благодаря их специфическому сродству с определенными биохимическими системами. Это позволяет оценить функциональное состояние этой системы. В настоящее время возобновляется интерес к клиническому применению ингибиторов МАО в связи с созданием нового класса - селективных ингибиторов МАО-А обратимого действия, обладающих также определенными преимуществами. Тем более, что общепринятая ранее позиция оценки эффективности по эталону антидепрессантов трициклической структуры (амитриптилин, имипрамин) претерпела существенную трансформацию. Это произошло, с одной стороны, из-за многочисленности побочных эффектов, развития в большом проценте случаев резистентности к такой терапии, а с другой стороны, благодаря развитию психофармакологии и созданию новых селективных и безопасных препаратов.

Исходя из соблюдения общих принципов психофармакотерапии, при выборе конкретного антидепрессанта в нашем исследовании у 34 пациентов в условиях информированного согласия мы старались ограничиваться монотерапией с использованием удобных в употреблении лекарственных препаратов (простота схемы лечения и титрования доз). Принимая во внимание возможности повышенной чувствительности и побочных эффектов, психотропные средства назначаем в малых (по сравнению с используемыми в "большой" психиатрии) дозах. Учитывая характер протекания клинических симптомов депрессивных расстройств, при выборе эффективной дозы антидепрессанта на начальных этапах мы применяли малые дозы, например 20 мг/сут флуоксетина, постепенно наращивая их до среднетерапевтических $46 \pm 4,8$ мг/сут или стимулотона $108 \pm 4,8$ мг/сут. В среднем ко 2-3-й недели терапии наступал антидепрессивный эффект. Серотонинергические антидепрессанты в указанных дозах сразу назначался в стандартной

фиксированной на весь курс дозы. Отчетливое улучшение, как правило, достигалось через 3-4-й недели терапии. Не менее важным является вопрос и о продолжительности терапии, в связи с этим предусмотрен длительный период наблюдения за пациентом амбулаторно. Преждевременная отмена антидепрессанта приводила в 5 случаях к обострению симптоматики. Поэтому отмену препарата производили постепенно. Помимо собственно тимоаналептического действия серотонинергические антидепрессанты показали широкий спектр клинической эффективности.

Интерес к антидепрессантам группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) связан с серотониновой моделью депрессии. При этом препараты этой группы в целом адресуются к депрессивным состояниям не достигающим психотических расстройств. СИОЗС обладают широким спектром клинических эффектов при депрессии или без нее выраженным анальгетическим, анксиолитическим, антипаническим действием, успешно применялись при лечении обсессивно-компульсивных симптомах и агрессивных состояний. Спектр клинических синдромов, при которых доказана клиническая эффективность, достаточно широк: хронический болевой синдром, булимия, ожирение, алкоголизм, обсессивно-компульсивные расстройства, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, панические расстройства и др. Наряду с высокой антидепрессивной активностью существенным преимуществом антидепрессантов этого класса является низкая представленность собственных побочных эффектов. Возбуждение, инсомния - наиболее частые из них, можно купировать без отмены препарата назначением транквилизаторов. Вместе с тем этот класс препаратов способен вызывать специфические побочные эффекты, связанные с гиперстимуляцией серотониновой системы: желудочно-кишечные расстройства, снижение аппетита, нарушения половой сферы, тремор и повышение потоотделения.

Пациенты с хроническими болевыми синдромами и депрессией составляли одну из наиболее трудных с терапевтических позиций групп (12)

пациентов которую нам приходилось наблюдать в отделении. И практически у всех больных с хронической болью отмечаются аффективные расстройства, среди которых доминирующее положение занимает депрессия. Диапазон соотношений различных форм хронических болевых синдромов и депрессий крайне variabelен. При этом, собственно, депрессивная симптоматика доминировала, а различные алгии на первом этапе диагностики выступали маскирующими симптомами. Практический опыт использования антидепрессантов разных классов свидетельствует об эффективности их при самых разных формах болевых синдромов: головные боли напряжения, мигрени, миофасциальные боли, радикулопатии и периферические невропатии, фибромиалгия, комплексный регионарный болевой синдром, постинсультные боли, кардиалгии, абдоминалгии. Выбор конкретного антидепрессанта в каждом случае определялся индивидуально. Однако здесь следует отметить некоторые особенности. Так, опыт терапии при лечении хронической боли имеется в отношении ТЦА (амитриптилин, кломипрамин), СИОЗС (флуоксетин). При этом терапевтические дозы ТЦА, необходимые для купирования болевой симптоматики, использовались в 2-3 раза ниже, чем для достижения антидепрессивного эффекта. А СИОЗС применяли обычно в стандартной дозе. Как правило, противоболевое действие антидепрессантов достигается по времени существенно быстрее (на 1-2-й нед), т.е. опережает антидепрессивный эффект.

Патогенетическая общность формирования депрессии и целого ряда других клинических симптомов, нередко доминирующих в структуре соматических расстройств, делает оправданным широкое применение антидепрессантов не только в стационарных условиях, но и в общей медицинской сети. (Корнетов Н.А., 2002) Благодаря успехам психофармакологии и созданию новых препаратов, обладающих направленными селективными механизмами действия, существенно расширяются и возможности эффективного лечения больных.

