

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАМН
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ

ПСИХИАТРИЯ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

Материалы Всероссийской школы молодых ученых и специалистов
в области психического здоровья с международным участием



Кострома, 22–24 апреля
2014 года



Am. E. ...

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие 12

I Раздел: «ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ»

Алексеева А.Г. 14

Психопатологическая картина онейроидно-кататонических состояний при шизофрении

Болгов М.И. 18

Клинико-психопатологические особенности эндогенных депрессий, протекающих с участием кататонической симптоматики

Бомов П.О. 22

Шизофренический дефект при позднем дебюте заболевания

Ботбаев А.А., Еремкина А.И. 26

Изучение психических процессов при апато-абулическом синдроме

Вдовенко А.М. 29

Психопатологический профиль приступообразно-прогредиентной шизофрении на этапе формирования терапевтической ремиссии

Воробьев Р.В. 32

Смешанные состояния в клинике биполярного аффективного расстройства

Гедевани Е.В. 36

Особенности психопатологической структуры и течения эндогенных адинамических депрессий

Дегтярев Г.С. 42

Патопсихологические особенности феномена ангедония в структуре эндогенных расстройств аффективного и шизофренического спектра

Еремкина А.И., Ботбаев А.А. 48

Динамика апато-абулического синдрома в зависимости от продолжительности течения параноидной шизофрении

Зинчук М.С. 51

Преморбидные особенности больных параноидной шизофренией с различной выраженностью негативной симптоматики

Зубов Д.С. 54

Комплексная клинико-динамическая оценка выраженности побочных эффектов у больных, страдающих параноидной шизофренией, осложненной терапевтической резистентностью, получающих электросудорожную терапию в сочетании с атипичными антипсихотическими средствами

Ильина С.И., Булыгина И.Е. 57

Прогнозирование и профилактика алкогольной зависимости у больных шизофренией

Илюшина Е.А. 59

Динамические особенности бредовых и сверхценных образований с учетом механизмов их синдромаобразования

Микилев Ф.Ф. 62

Особенности ипохондрической симптоматики при расстройствах шизофренического спектра

Сорокин С.А.	66
Клинические особенности шизофрении, протекающей с формированием апатических депрессий	
Стефаненко Е.А., Иванова Е.М.	71
Исследование гелетофобии у больных шизофренией с разным типом течения и длительностью болезни	
Черапкин Е.С., Полетаев В.В.	75
Структура аффективного компонента и его роль в формировании феномена самостигматизации	
Шумакова Е.А.	77
Гендерно-ролевая идентификация и ее значение в структуре формирования шизоформных симптомокомплексов при параноидной шизофрении	
Югансон А.А.	79
Аутодеструктивное поведение у больных с аффективными нарушениями	
Юматова П.Е.	83
Клинико-психопатологические особенности бредообразования и формирования фабулы депрессивного бреда при эндогенных бредовых депрессиях	

II Раздел: «ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ И КЛИНИКИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ»

Арчаков Д.С., Осадший Ю.Ю.	86
Особенности развития психогенных расстройств у женщин – вторичных жертв террористических актов в Волгограде	
Альтман Ю.С.	91
Особенности агрессивного поведения у обвиняемых с кратковременными психогенными эмоциональными состояниями и расстройствами личности	
Граница А.С.	94
Особенности взаимосвязи агрессивности, тревожности и антиципационной состоятельности у больных с невротическими расстройствами	
Даниленко О.А.	98
Формирование истероформной симптоматики в структуре шизофрении и шизотипического расстройства	
Ковалева А.В.	102
Темперамент и личностная значимость стресс-фактора в возникновении эндогенноморфной депрессии	
Коршняк Е.В.	106
Непсихотические психические расстройства в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы: патогенез и клиника	
Максимкина В.Ю., Артемьева М.С.	111
Интегративная психотерапия в комплексном лечении пациенток с нервной булимией в условиях стационара	
Садькова Э.М.	113
Клинико-динамическая характеристика тревоги у лиц, вовлеченных в массовую истерическую эпидемию	

Стреминский С.Ю.	115
Социальные аспекты невротических состояний у комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга	
Черная Т.С.	118
Психотерапевтическое лечение тревожных расстройств	
Чугунов Д.А.	119
Особенности клинических проявлений и мотивов госпитализации больных с тревожно-фобическими расстройствами в общепсихиатрический стационар	
Штарк Л.Н.	122
Клинические особенности и психотерапия посттравматического стрессового расстройства у женщин, перенесших сексуальное насилие	

III Раздел: «ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ И КЛИНИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»

Антонова А.А.	125
Психоэмоциональное состояние женщин в периоде перименопаузы	
Бородюк Ю.Н., Дмитриева Е.Г.	128
Влияние терапии типичными и атипичными нейролептиками на соматическое состояние и качество жизни у больных параноидной шизофренией	
Грибова О.М.	131
Психические нарушения у пациентов пластической хирургии	
Дюрягина Т.А.	134
Структура эмоционально-аффективных расстройств у женщин, обращающихся на увеличивающую маммопластику	
Заворотных И.Н., Сахаров А.В.	138
Психическое здоровье беременных женщин и его влияние на течение беременности, родов и состояние плода	
Задорожная О.В.	142
Качество жизни и особенности социально-трудовой адаптации пациентов, страдающих шизофренией с сопутствующим хроническим вирусным гепатитом	
Костин А.К., Сорокин А.П.	145
Важность психотерапевтического сопровождения пациентов с психосоматическими расстройствами гастроинтестинальной системы	
Поляковская Т.П.	149
К проблеме пограничных психических расстройств климактерия: инволюционная истерия	
Розин А.И.	153
Депрессивные расстройства у пациентов с ишемической болезнью сердца	
Рукавишников Г.В.	156
Особенности клинической картины психических расстройств у пациентов с дерматозами лица	
Скалон А.Д., Мясникова Л.К.	160
Разработка и апробирование шкалы «Краткий Психолого-психиатрический Профиль в Онкологии» (Экспресс-выявление потребности в психолого-психиатрической помощи пациентов онкологического стационара)	

Тарасова Г.В.	163
Органическое психическое расстройство и сердечно-сосудистая патология: некоторые психосоматические аспекты (по данным судебно-психиатрической экспертизы)	
Федотов И.А., Андреева О.В.	167
Роль патологии психической сферы в полиморфной клинической картине туберозного склероза	
Чумаков Е.М.	171
Психические расстройства у больных сифилисом, инфицированных ВИЧ	
Шеломкова О.А.	175
Связь аффективности с психическими расстройствами при болезни Шегрена	

IV Раздел: «ВОЗРАСТ И ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ»

Голубев С.А.	179
Особенности негативных расстройств при шизофрении, манифестирующей в юношеском возрасте (по данным катамнестического исследования)	
Горбачевич Ю.Н., Счастный Е.Д.	184
Психические расстройства у подростков в системе начального профессионального образования	
Громова Н.С.	187
Обзор пациентов с галлюцинаторными психозами позднего возраста, госпитализированных в ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева с 2011 по 2013 г.	
Гусманова З.К.	191
Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации больных детско-подросткового возраста с синдромом нервной анорексии	
Гусманова З.К., Гусманов Р.М.	195
Клинико-статистические аспекты суицидального поведения у детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар	
Кананович П.С.	198
Феномен ангедонии в структуре эндогенных расстройств юношеского возраста	
Краснова В.В.	201
Эмоциональная дезадаптация и интерперсональные нарушения у студентов	
Лобачева М.В.	205
К особенностям гиперкинетического синдрома у детей при расстройствах аутистического спектра и других нарушениях развития центральной нервной системы	
Максимкин С.И.	209
Сравнительный анализ выраженности когнитивных нарушений и психотической симптоматики у женщин с различными видами деменции	
Марков П.В.	210
Этиопатогенетические и клинико-феноменологические особенности органического шизофреноподобного расстройства у лиц молодого и пожилого возрастов	
Можаева Е.В.	215
Сравнительный анализ частоты и выраженности депрессивных расстройств у пациентов с различными формами деменции	

Павлова Т.С.	216
Семейные факторы социальной тревожности в дошкольном, подростковом и студенческом возрастах	
Плужников И.В., Попович У.О.	219
Нейропсихологическая размерность ипохондрического бреда в структуре юношеского эндогенного психоза	
Полетаев В.В., Котеняткина А.А.	224
СДВГ как следствие дисфункциональных объектных отношений в микро- и макросоциуме	
Попович У.О.	227
Психопатологические особенности приступов с ипохондрическим бредом в юношеском возрасте	
Филиппова Н.В., Антонова А.А., Бачило Е.В., Деева М.А.	230
Эффективность и безопасность Пантокальцина в комплексной терапии раннего детского аутизма органического и процессуального генеза	
Худина Ю.С., Дмитриев М.Н.	235
Особенности поведенческих расстройств у учащихся школ	
Щелокова О.А.	237
Особенности суицидального поведения при первом приступе юношеского эндогенного приступообразного психоза	

V Раздел: «СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ»

Александрова А.С.	241
Особенности распространенности психических и поведенческих расстройств в Тверской области	
Афзалетдинова Д.Х.	244
Сравнительные клиничко-социальные факторы риска насильственных и ненасильственных правонарушений женщин, страдающих шизофренией	
Бачило Е.В.	248
Суицидальная активность населения Саратовской области и относительные факторы риска	
Жданок Д.Н.	252
Автобиографический метод в диагностике психопатологических расстройств различных регистров	
Ильина С.И., Булыгина И.Е.	256
Самооценка своего «Я» у женщин, зависимых от алкоголя	
Мавани Д.Ч., Дьяченко А.В., Солдаткин В.А.	258
Факторы предрасположения к формированию компьютерной зависимости	
Моренец Т.В.	262
Клиничко-психопатологическая характеристика больных, совершивших суицидальную попытку во время лечения в психиатрическом стационаре	
Мучник П. Ю.	265
Сравнительный анализ распространенности биполярного расстройства в РФ и мире	

Осадший Ю.Ю., Арчаков Д.С., Вобленко Р.А.	268
Влияние антропогенного загрязнения окружающей среды на психическое здоровье жителей Волгограда	
Петрачков И.В.	272
Распространенность психотических расстройств в Томской области	
Плюснина О.Б., Тарасова О.А., Сахаров А.В.	275
Психические и наркологические расстройства у студентов среднего специального учебного заведения: результаты клинико-эпидемиологического исследования	
Рзаев А.А.	278
Влияние психообразования на психологическую адаптацию родственников больных, страдающих шизофренией	
Сорокин М.Ю.	281
Особенности формирования и динамики мотивации к лечению пациентов психиатрического стационара	
Тюканько О.И.	285
Влияние микросоциального окружения на развитие расстройств пищевого поведения у студентов	
Чернявский Я.В.	287
Опыт применения шкалы прогрессивных матриц Равена в комплексной дифференциальной диагностике психозов с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы	

VI Раздел: «АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ»

Бойко А.С.	293
Показатели деструктивных процессов у больных шизофренией с лекарственно-индуцированными двигательными расстройствами	
Боярко Е.Г.	296
Изучение ассоциации полиморфизма гена RIP5K2A с шизофренией в русской популяции Сибирского региона	
Говш Е.В., Подсевакин В.Г., Кирюхина С.В., Подсевакина С.В.	300
Применение мексидола в условиях гипербарической оксигенации для коррекции постстрессорных изменений газового и электролитного составов крови	
Калинина В.В., Грызунов Ю.А., Смолина Н.В., Узбеков М.Г., Мисионжник Э.Ю., Добрецов Г.Е., Шихов С.Н.	302
Система нейромедиаторных моноаминов и окислительно-восстановительные функции альбумина у больных с первым эпизодом шизофрении	
Кондратьев Н.В.	305
Контроль качества данных полногеномного поиска ассоциаций однонуклеотидных полиморфизмов с шизофренией	
Кочегуров В.В.	308
Изменения фосфолипидного обмена у детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью	

Лосенков И.С., Вялова Н.М.	312
Внутриклеточное содержание белков Akt1/GSK-3 β -сигнального пути у больных аффективными расстройствами	
Моросеева Е.А.	315
Использование показателей инфракрасной спектromетрии в качестве маркеров эффективности лечения пациентов, получающих лечебно-консультативную помощь врача-психиатра	
Мустафина Т.Б., Леопольд А.В.	319
Анализ однонуклеотидного полиморфизма rs1137070 в генах моноаминоксидазы у больных шизофренией с агрессивным поведением	
Симонова О.А., Кананович П.С., Ублинский М.В., Луковкина О.В., Сидорин С.В., Лебедева И.С., Семенова Н.А., Ахадов Т.А., Бархатова А.Н., Каледа В.Г.	321
ЭЭГ и микроструктурные аномалии кортикоспинального тракта у больных юношеской приступообразной шизофренией	
Сорокина А.В.	324
Клинические, нейрокогнитивные и нейровизуализационные соотношения у пациентов с эндогенными депрессивными расстройствами	
Сосин Д.Н.	328
Ассоциация полиморфизма гена цитохрома P450 2D6 с возникновением гиперпролактинемии на фоне нейролептической терапии у больных шизофренией	
Шендяпина М.В, Лебедева И.С., Омельченко М.А., Бархатова А.Н., Кананович П.С., Семенова Н.А., Сидорин В.С., Ахадов Т.А., Каледа В.Г.	331
Нейрофизиологический маркер «сенсорного фильтра» и некоторые метаболические характеристики головного мозга у больных из группы ультравысокого риска по развитию эндогенного психоза	
Юков О.С.	336
Исследование церебрального кровотока у мужчин, страдающих параноидной шизофренией	

Предисловие

Очень бы хотелось надеяться, что школы молодых ученых в Костроме станут постоянной традицией.

Для многих психиатров нашей страны, и особенно для сотрудников Научного центра психического здоровья РАМН, а также кафедры психиатрии Московской медицинской академии последипломного образования (в прошлом Центральный институт усовершенствования врачей), Кострома – не только страница русской истории, где сохранились замечательные архитектурные и исторические памятники, но и город, связанный с именем выдающегося отечественного психиатра А.В. Снежневского, который родился, жил в Костроме и на протяжении 10 лет возглавлял Костромскую психиатрическую больницу, где он не только успешно решал организационные задачи, но и доказал, что практический врач может заниматься наукой и даже публиковать работы, имеющие значение для теории и практики психиатрии.

Многие молодые врачи-психиатры мечтают о научной карьере, однако путь в науку долог, тернист и труден. Прежде чем приступить к научным исследованиям, молодой врач должен быть прекрасно ориентирован в вопросах психопатологии и клиники психических заболеваний.

Каковы бы ни были взгляды на актуальность отдельных разделов психиатрии: судебной психиатрии, военной психиатрии, организации психиатрической помощи – клиническая психиатрия не отделяемая от общей патологии, является исходным пунктом нашей дисциплины.

Успешно развивающаяся в последние годы биологическая психиатрия не может не быть тесно связанной с клиникой психических заболеваний. Хорошо известны неудачные попытки исследования тех или иных сторон патогенеза психических заболеваний, в основе которых не лежит дифференцированный подход к исследуемым больным.

В юбилейный год невозможно еще раз не обратиться к личности А.В. Снежневского, выдающегося клинициста; именно благодаря его усилиям и работам сотрудников Центрального усовершенствования врачей и института клинической психиатрии, а в дальнейшем Научного центра психического здоровья РАМН, были развернуты исследования психопатологии, клиники, эпидемиологии и биологии шизофрении.

Было бы неверно ограничивать круг профессиональных интересов А.В. Снежневского шизофренией; известен вклад Андрея Владимировича в учение о симптоматических психозах, геронтологической психиатрии, организации психиатрической помощи.

Для тех психиатров, которые работали с Андреем Владимировичем, он запомнился не только как ученый врач с огромным авторитетом, но и как

человек прекрасно всесторонне образованный, хорошо знакомый с литературой и живописью.

Андрей Владимирович был бескорыстным врачом, который никогда и никому не отказывал в помощи; иногда он был суров и строг, не переносил небрежного отношения к больным и научным исследованиям, не терпел зазнайства и отсутствия у врача истинной любви к психиатрии.

Конференция молодых ученых получила название «Психиатрия вчера, сегодня, завтра». Анализ присланных работ показал, что наряду с работами, в основах которых лежат серьезные психопатологические и клинические исследования, встречаются и недостаточно зрелые, свидетельствующие о необходимости дальнейшего совершенствования психиатрического образования.

Доклады охватывают широкий диапазон проблем: психопатология и клиника эндогенных психозов и аффективных расстройств, пограничных и психосоматических расстройств, эпидемиологические аспекты психиатрии, а также проблемы биологической психиатрии.

Не может не вызвать удивления то обстоятельство, что работы представлены из более чем двадцати городов России, а также из бывших союзных республик Украины и Киргизии.

Хочется верить, что исследования молодых ученых внесут известный вклад в развитие современной психиатрии.

Директор ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, академик РАН
А.С.Тиганов.

I Раздел: «ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ»

Алексеева А.Г.

Психопатологическая картина онейроидно-кататонических состояний при шизофрении

*ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
последипломного образования», Москва*

Актуальность: В последние десятилетия имеются лишь единичные исследования, посвященные проблеме онейроидно-кататонических состояний, что во многом связано с отходом в современной психиатрии от традиционного клинико-психопатологического метода, изменением международных и отечественной классификации психических болезней, в результате чего подобные расстройства не выявляются психиатрами. Единичные работы в иностранной литературе содержат весьма поверхностное описание синдрома, ограничивающееся лишь названием «необычного эпизода расстроенного сознания»; отсутствует четкая квалификация состояния и нозологической дифференциации на основе тщательного психопатологического анализа. Вследствие этого онейроидные проявления или не распознаются, или ошибочно квалифицируются как «галлюцинаторно-параноидные», «депрессивно-параноидные», «парафренические». В американских психиатрических классификациях DSM-IV (1994) и DSM-V (2013) понятие «онейроид» отсутствует вообще. В международной классификации ICD-10 (1992) в разделе «острые и преходящие психотические расстройства» (F 23) можно найти лишь устаревший термин «онейрофрения», введенный впервые L.J.Meduna (1950), не используемый в настоящее время психиатрами.

Вместе с тем своевременная и ранняя диагностика онейроидно-кататонических состояний исключительно важна как в связи с особой тяжестью клинической картины заболевания и чрезвычайной опасностью смертельного исхода в этих случаях, так и в связи с высокой частотой терапевтических ошибок, связанных со сложностью дифференциальной диагностики у таких больных.

Все это определяет актуальность и несомненный интерес в изучении данных состояний и в наше время.

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей психопатологии онейроидных состояний, разработка типологической структуры онейроидного помрачения сознания с учетом особенностей течения

эндогенного заболевания, преморбидного личностного склада и влияния возрастного фактора.

Материалы и методы: Было обследовано 68 больных с диагнозом шизофрении, 53 из них находились на лечении в НЦПЗ РАМН, 12 больных – в ГКПБ № 1 имени Н. А. Алексеева, 3 пациентов были обследованы на базе ЦКБ. В исследование были включены больные с наличием всех 4 признаков нарушенного сознания, выделенных К. Jaspers (1911 г.). Среди обследованных больных было 25 мужчин и 43 женщин, возраст которых на момент обследования составлял от 18 до 54 лет. Длительность заболевания у изученных больных составляла от 6 месяцев до 25 лет, число перенесенных приступов от 1 до 7. Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. В обследование включались больные с развитием онейроидно-кататонических состояний в рамках приступов при шизофрении. Критериями исключения являлись наличие органической патологии (эпилепсии, алкогольных психозов, состояния в рамках прогрессивного паралича, энцефалитов), возраст больных с манифестации болезни старше 45 лет и моложе 17 лет.

Результаты исследования: Как показало проведенное исследование, онейроидно-кататоническое состояние представляет собой сложный в психопатологическом отношении синдром, главным компонентом которого является помрачение сознания с отрешенностью от окружающей действительности в сочетании с фантастическими переживаниями, невозможностью восприятия окружающего, дезориентировкой в месте, времени, в собственной личности, сочетающимися с выраженной в большей или меньшей степени амнезией, а также той или иной степенью кататонических расстройств, и обязательным присутствием аффективных нарушений.

Настоящее исследование показало, что основным признаком онейроида (феномен помрачения сознания) был неоднороден и имел ряд особенностей. Так, преобладающей у обследованных пациентов была максимальная степень помрачения сознания, которая соответствовала варианту истинного или грезоподобного варианта онейроида, когда больные были полностью отрешены от внешнего мира и погружены в болезненные расстройства. В отличие от этого, иллюзорно-фантастический вариант онейроида, при котором фрагменты реального мира смешаны с фантастическими картинками, в нашем материале являлся лишь этапом при переходе в грезоподобный вариант. Если у больных имело место последовательное развитие онейроида и сохранение всех стадий (этап аффективных расстройств, аффективно-бредовых состояний и развитие онейроидного помрачения сознания), вслед за аффективно-бредовым состоянием появлялись эпизоды с нарушением сознания, которые соответствовали иллюзорно-фантастическому варианту

онейроида, и на заключительной стадии онейроид становился грезоподобным. В таких случаях можно было говорить о классическом варианте динамики развития онейроидного состояния (Стоянов С. Т., 1961).

В меньшей части случаев у больных грезоподобный вариант онейроида перемежался с иллюзорно-фантастическим. Степень помрачения сознания у таких больных варьировала от менее выраженной к более глубокой и наоборот, и на определенных этапах можно было говорить о картине ориентированного онейроида.

При анализе полученного материала было выявлено, что имеют место определенные различия в динамике развития клинической картины онейроидно-кататонического приступа. Так, имело место нарушение последовательности и/или отсутствие того или иного этапа развертывания состояния. В преобладающем большинстве случаев отмечалось наличие этапов аффективных и бредовых расстройств. Однако онейроид мог наступать как вслед за этапом инсценировки или антагонистического бреда, так и вслед за парафренным состоянием. У немногочисленной группы больных онейроидно-кататоническое состояние развивалось вне связи с психотическими расстройствами, а вслед за соматической патологией в виде инфекции, либо после операционного вмешательства/наркоза. Такие состояния, как правило, соответствовали грезоподобному варианту онейроида и были кратковременными или транзиторными. И лишь после выхода из онейроида отмечался этап бредовых и аффективных расстройств.

В нашем исследовании можно было говорить о различной степени выраженности кататонических расстройств. У больных с грезоподобным онейроидом отмечались развернутые картины психомоторного возбуждения или ступора с явлениями восковой гибкости, пассивного негативизма. В меньшей части случаев при тщательном обследовании у больных можно было обнаружить нерезко выраженные симптомы «малой кататонии» или же данные расстройства выявить было невозможно вообще.

Аффективные расстройства являлись неотъемлемой частью онейроидно-кататонических состояний и самым существенным образом определяли фабулу онейроида. В зависимости от аффекта удалось выделить особенности самой картины онейроида. Необходимо отметить, что в настоящем исследовании в преобладающем большинстве случаев были больные с депрессивным аффектом в приступе. При доминировании депрессивного аффекта глубина расстройства сознания у больных могла варьировать, онейроид мог быть как грезоподобным, так и иллюзорно-фантастическим. Фабула онейроида представлялась достаточно последовательной, чаще можно было выделить четкую единую сюжетную линию. В содержании отражались переживания гибели, попадания в ад, разрушения мира, мучений или пыток. Больные становились участниками различных войн, мировых катастроф. Отличительной осо-

бенностью больных с депрессивным аффектом было отсутствие активности в пределах фабулы онейроида: больные играли роль пассивных созерцателей, были жертвами насилия, обвиняемыми. Для таких больных было характерно кататоническое возбуждение с тревожно-тоскливым оттенком аффекта, которое изредка сменялось эпизодами кататонического ступора. Начало, как правило, характеризовалось более медленным развертыванием этапов синдрома помрачения сознания; как и выход из состояния был «литическим», медленным, мог перемежаться с ориентированным онейроидом, проходить этапы в обратном порядке. Данные состояния были достаточно продолжительными по времени, колебались от нескольких недель до нескольких месяцев.

Группа больных с маниакальным аффектом или экспансивным онейроидом характеризовалась, как правило, более глубокой степенью расстройства сознания, что соответствовало грезоподобному варианту онейроида. Фабула таких больных была представлена межпланетными полетами, общением с богами, появлением какого-либо дара, волшебства, магии. Содержание онейроида представлялось недостаточно последовательным с быстрой сменой сюжетов и образов в фабуле онейроида. У этих пациентов отмечалась известная активность в пределах фабулы онейроида, больные становились активными действующими лицами, играющими главную роль. В нашем исследовании также была подтверждена диссоциация в отношении кататонических расстройств и аффекта в онейроиде: при экспансивном онейроиде чаще наблюдались кататонические расстройства в виде ступора. Как начало развития онейроида, так и выход из состояния помрачения сознания были внезапными. Несмотря на трудности оценки продолжительности периода онейроидного помрачения сознания, по субъективным ощущениям больных и объективным данным, можно было говорить о кратковременности онейроида. Важно подчеркнуть, что полярность аффективных расстройств, предшествующих онейроидному помрачению сознания, чаще всего сохранялась в онейроидном состоянии, то есть если помрачению сознания предшествовало маниакально-бредовое состояние, то и онейроид был экспансивным, и наоборот, при депрессивно-бредовом приступе – онейроид был депрессивным.

Амнезия имела место во всех изученных нами случаях, но была достаточно неоднородной. Большинство обследованных больных с грезоподобным онейроидом после выхода из состояния могли в деталях описать свои переживания. В отличие от этого для больных с иллюзорно-фантастическим онейроидом была характерна частичная амнезия болезненных переживаний в период помрачения сознания и реальной обстановки с постепенным восстановлением воспоминаний. Для части больных была характерна амнезия периода помрачения сознания с постепенным восстановлением вос-

поминаний после выхода из приступа, которые лишь в дальнейшем по мере формирования ремиссии складывались в целостную картину.

Все клинические случаи онейроидно-кататонических состояний развивались в рамках различных форм и вариантов течения шизофрении, среди которых преобладали пациенты с приступообразно-прогредиентным типом течения, реже удавалось диагностировать рекуррентный тип течения эндогенного заболевания. Манифестация болезни приходилась на юношеский возраст от 19 до 25 лет. Онейроидно-кататонический приступ, как правило, становился первым психотическим эпизодом в динамике заболевания. Следует отметить, что у основной группы больных эндогенное заболевание манифестировало онейроидно-кататоническими приступами. У ряда пациентов отмечалось многоприступное течение болезни, и все приступы сопровождалась онейроидным помрачением сознания, у других – первый приступ квалифицировался как онейроидно-кататонический с той или иной степенью выраженности помрачения сознания, а дальнейшие приступы болезни останавливались на стадии аффективно-бредовых расстройств.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование выявило ряд клинико-психопатологических особенностей онейроидно-кататонических состояний. Такие состояния неоднородны по своей психопатологической структуре и развиваются в рамках эндогенных психозов различной структуры. В большинстве случаев у больных имела место глубокая степень помрачения сознания с доминированием в клинической картине грезоподобного варианта онейроида и классическом варианте динамики развития онейроидного состояния. Наряду с этим у части изученных больных нарушалась последовательность развития онейроидного состояния. Для онейроидно-кататонических состояний характерна abortивность, неразвернутость приступа на определенных этапах, что существенно видоизменяет картину состояния в целом и, по-видимому, является следствием патоморфоза. Для манифестации онейроидных состояний характерен юношеский возраст. На течение данных состояний оказывают влияние как предшествующие онейроиду расстройства, так и особенности самого онейроида.

Болгов М.И.

Клинико-психопатологические особенности эндогенных депрессий, протекающих с участием кататонической симптоматики

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Высокая распространенность эндогенных депрессивных состояний обуславливает актуальность изучения их психопатологической структуры. Несмотря на относительно невысокую частоту, депрессии, протекающие с участием кататонической симптоматики, нельзя считать крайне редким явлением. По данным Starkstein (1996), кататоническая симптоматика может встречаться с частотой до 20% у пациентов с депрессиями. Безусловно, эти данные кажутся сильно завышенными и не являются репрезентативными. Тем не менее, в связи с превалированием в структуре депрессивного синдрома стертых проявлений кататонии и очевидным их приоритетом над ее тяжелыми формами, присутствие кататонической симптоматики зачастую неверно оценивается и трактуется врачами при диагностике депрессивных состояний. Нередко кататоническая симптоматика расценивается как проявление других симптомокомплексов, или поведенческих нарушений. Между тем присоединение кататонии, которая является психопатологическим образованием более глубокого регистра и значительно видоизменяет картину депрессии, оказывает существенное влияние на динамику депрессивного синдрома и тактику терапии. Кроме того, наличие кататонии в структуре депрессии может иметь важное прогностическое значение для оценки динамики как текущего приступа, так и заболевания в целом.

Цель исследования: Целью настоящей работы является определение особенностей психопатологической структуры депрессивных состояний с наличием кататонической симптоматики, их типологических разновидностей, основных тенденций динамики, нозологической принадлежности и разработка на основании полученных данных критериев их прогноза.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН (руководитель отдела – академик РАМН проф. А.С. Тиганов). Была исследована группа из 32 пациентов (24 женщины и 8 мужчин) в возрасте от 16 до 58 лет (средний возраст 37,2 года), стационарированных по поводу депрессивных состояний с наличием кататонической симптоматики. В исследование вошли пациенты с диагнозами, соответствующими категориям МКБ-10 в рубриках F20 и F25. Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический. Помимо этого, использовались психометрические шкалы – шкала Гамильтона для оценки депрессии, а также шкала Bush-Francis (1996) для оценки проявлений кататонии. Согласно заявленным критериям, в исследование включались пациенты при наличии 2 и более симптомов кататонии из пунктов 1–14 шкалы Bush-Francis. Критерии исключения: пациенты с признаками тяжелого органического поражения центральной нервной системы, с наличием тяжелых соматических и инфекционных заболеваний

в стадии декомпенсации, а также с признаками зависимости от психоактивных веществ.

Результаты исследования и обсуждение: Для достижения поставленной цели был проведен клинико-психопатологический анализ исследуемых состояний, их динамики, и динамики заболевания в целом. Результаты полученных данных позволили определить значительную неоднородность психопатологической структуры депрессивных состояний, протекавших с явлениями кататонии. Выявлено, что у всех исследованных пациентов кататоническая симптоматика возникала уже на фоне существующего депрессивного аффекта. Исследуемые состояния были разделены на 2 группы. В первую группу (17 больных, 53,1%) вошли пациенты, у которых присоединение кататонической симптоматики оказывало значительное влияние на структуру собственно депрессивного синдрома, существенно утяжеляя его проявления. У пациентов второй группы (15 больных, 46,9%) возникновение проявлений кататонии значительно не видоизменяло психопатологическую структуру и практически не отражалось на тяжести депрессивного синдрома.

Вариант с утяжелением депрессии при присоединении кататонии.

В этой группе структура депрессивного синдрома наиболее приближалась к типичной. Гипотимический компонент был представлен преимущественно меланхолическим и/или тревожным радикалом с выраженной витальной проекцией. Отмечались бредовые идеи ипохондрического содержания, самообвинения или греховности, конгруэнтные депрессивному аффекту, правильный суточный ритм колебаний настроения, выраженные соматические проявления депрессии. Имела место значительная идеомоторная заторможенность. В целом депрессивная триада обычно приближалась к гармоничной. Возникновение кататонической симптоматики отмечалось на фоне постепенного нарастания идеомоторной заторможенности. Больные становились малоподвижными, часто отмечали затруднения при выполнении движений, ощущая либо выраженную слабость, либо напряжение в мышцах. Отмечались повышение мышечного тонуса по пластическому типу, явления восковой гибкости. Взгляд был устремлен в одну точку, практически не мигали. Значительно снижалась речевая продукция, появлялись эхолалии и вербигерации. В это же время отмечалось усиление тревоги, выраженности бредовых идей, у большинства пациентов (64,7%) актуализировались или усиливались суицидальные мысли. В структуре приступа у 7 больных этой группы (41,2%) на фоне нарастания идеомоторной заторможенности возникали неразвернутые проявления острого чувственного бреда. У 4 пациентов (23,5%) наблюдалось дальнейшее углубление тяжести состояния с появлением картины ступора с восковой гибкостью (3 пациента) и негативистического ступора (1 пациент). В состоянии ступора на фоне депрессивного аффекта отмечалась максималь-

ная выраженность кататонической симптоматики с обездвиженностью, проявлениями мутизма, негативизма, отказом от еды и питья, с положительным хоботковым рефлексом, снижением тактильной и болевой чувствительности. У 3 пациентов в состоянии ступора развивался иллюзорно-фантастический онейроид депрессивного содержания.

Обращало на себя внимание отличие динамики состояния у этих пациентов от классического развития онейроидно-кататонических приступов с отсутствием характерных для него этапов. Также следует подчеркнуть, что, несмотря на наличие в картине исследуемых состояний симптомов разных психопатологических регистров, на всем их протяжении отмечалось отчетливое преобладание аффективной симптоматики. В связи с вышеизложенным, описанные состояния следует рассматривать как сложные депрессии.

Редукция психопатологической симптоматики характеризовалась более быстрой динамикой по сравнению с ее развитием. Практически у всех пациентов (88,2%) от момента начала улучшения состояния до полного исчезновения кататонической симптоматики проходило не более недели. Аффективные и кататонические расстройства редуцировались достаточно равномерно до полного исчезновения последних. В дальнейшем темп редукции депрессивной симптоматики значительно снижался.

По шкале Гамильтона для оценки депрессии на высоте состояния средний балл у пациентов описанной группы составлял 31,8. Средний балл по шкале Bush-Francis составлял 39.

Заболевание в целом у большинства пациентов в этой группе характеризовалось относительно благоприятным течением. Диагноз шизоаффективного расстройства был поставлен 13 пациентам (76,5%), еще у 4 больных (23,5%) была диагностирована приступообразно-прогредиентная шизофрения.

Вариант с сохранением структуры депрессии при присоединении кататонии.

В этой группе депрессивные состояния отличались значительным полиморфизмом и атипичностью. На первый план в структуре депрессий в данной группе пациентов выходили апато-адинамические расстройства. Кроме того, у многих пациентов большой удельный вес занимали проявления тревоги. Помимо вышеизложенного, у пациентов этой группы отмечались деперсонализационная симптоматика (у 40% больных), обсессивно-фобические (20%) и дисморфофобические (13,4%) проявления. Обращало на себя внимание отсутствие яркой эмоциональной окраски жалоб пациентов, даже в случаях выраженной тяжести состояния. Идеаторная заторможенность чаще всего заметно превосходила моторную. Депрессивная триада характеризовалась дисгармоничностью с преобладанием над всеми компонентами идеаторной заторможенности. У большинства больных имел место инвертированный су-

точный ритм колебаний настроения. Кататоническая симптоматика у данной группы пациентов присоединялась достаточно быстро, и затем в течение длительного времени обычно не претерпевала значительной динамики. В данной группе у пациентов преобладали кататонические расстройства, проявляющиеся симптомами, имеющими парциальный, редуцированный характер, получившие название «малой кататонии» (P.N. Lambert, M. Mindenet, 1972).

Динамика редукции собственно депрессивной и кататонической симптоматики отличалась неравномерностью. Так, отмечался значительно меньший темп редукции проявлений кататонии на фоне практически полной редукции депрессивного аффекта. В дальнейшей динамике заболевания еще длительное время сохранялись субкататонические проявления. Описанные состояния характеризовались выраженной тяжестью, затяжным характером течения, резистентностью к психофармакотерапии. Средний балл по шкале Гамильтона у пациентов данной группы составлял 24.1, а по шкале Bush-Francis – 22.

У большинства пациентов этой группы на более раннем этапе заболевания отмечался развернутый аффективно-бредовый приступ с большим удельным весом в нем кататонической симптоматики, либо онейроидно-кататонический приступ. Течение заболевания у этих пациентов имело приступообразно-прогредиентный характер.

Выводы: Таким образом, депрессии с наличием кататонической симптоматики являются психопатологически неоднородными. Было выявлено, что в зависимости от того, как влияет присоединение явлений кататонии на структуру депрессивного синдрома, может существенно различаться прогноз как состояния, так и заболевания в целом. Выделены 2 подтипа исследуемых состояний, отмечены особенности динамики каждого из этих подтипов депрессий с различным соотношением собственно аффективных и кататонических расстройств.

Бомов П.О.

Шизофренический дефект при позднем дебюте заболевания

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Оренбург*

Введение: Шизофрения в настоящее время является одним из наиболее инвалидизирующих и нарушающих социальную адаптацию психических заболеваний. Увеличение числа пожилых людей в населении, а с ними и геронтологической патологии создает для государства серьезные меди-

цинские проблемы и делает актуальными изучение дебютирующих в позднем возрасте шизофренических психозов с учетом вопросов диагностики, дифференцированного подхода к лечению, реабилитации. Однако в большинстве работ отражены исследования, которые касаются изучения лишь продуктивных психопатологических расстройств: галлюцинаторных, бредовых, кататонических, аффективных. Дефект или негативные расстройства при шизофрении в силу относительно малой выразительности своих внешних проявлений, а также замаскированности в ряде случаев более яркими и острыми позитивными симптомами, значительно хуже последних поддаются систематизации, клинико-психопатологическому описанию.

Целью исследования явилось изучение клинико-психопатологических характеристик дефицитарных расстройств у больных поздней шизофренией для оптимизации оказания психореабилитационной помощи данному контингенту.

Материал и методы: Обследовано 76 пациентов в возрасте от 45 до 68 лет (средний возраст $52 \pm 5,8$ года) с дебютом шизофренического процесса в позднем возрасте (после 45 лет), которые составили основную группу. Большинство больных основной группы характеризовались наличием приступообразно-прогредиентного (шубообразного) типа течения (47–61,8%), оставшиеся (29–38,2%) – непрерывно-прогредиентного. В исследование были включены больные с параноидной (62–81,5%) и кататонической (14–18,5%) формой шизофрении. Длительность шизофренического процесса у больных в основной группе была от 1 до 21 года (средняя продолжительность $7,2 \pm 6,12$ года). Пациенты в возрасте от 32 до 59 лет с началом шизофрении в 30–44 года составили группу контроля, обследованию подверглись 32 человека (средний возраст пациентов этой группы $44 \pm 7,6$ года). Так же как и в основной группе, больные в группе контроля преимущественно были представлены параноидной формой шизофрении (26–81,3%) с шубообразным типом течения (22–68,8%). Продолжительность заболевания у больных в контрольной группе была сопоставимой с ее длительностью у пациентов основной группы – от 0,5 до 21 года (средняя продолжительность $7,8 \pm 6,7$ года). Пациенты обеих групп наблюдались в течение 5 лет и впервые подвергались первичному обследованию лишь после купирования продуктивных психопатологических симптомов.

Были выбраны следующие методы изучения психического состояния больных: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, шкала SANS, статистический (t-критерий Стьюдента).

Результаты и обсуждение: В ходе проведения исследования в основной и контрольной группах нами были выделены четыре типа дефектных состояний: апато-абулический, псевдоорганический, психопатоподобный, астенический.

Апато-абулический тип дефекта встречался с наибольшей частотой как в основной, так и в контрольной группах (29 больных – 38,2% и 19 пациентов – 59,4% соответственно), однако достоверно ($p < 0,05$) чаще он был диагностирован в группе контроля. Сравнительный анализ дебютов заболевания у мужчин и женщин выявил, что большинство впервые заболевших шизофренией после 45 лет составляют женщины (соотношение женщин и мужчин 2:1), в контрольной группе также достоверно чаще заболевали женщины (15 больных – 78,9% – $p < 0,001$). Больные с данным типом дефекта в большинстве своем демонстрировали шизоидные, астенические расстройства личности в преморбиде. Причем статистически достоверных различий между основной и контрольной группами выявлено не было. В клинической картине на первый план выступали стойкое снижение волевой активности, обеднение эмоциональной сферы с безразличием, вялостью, адинамией, а также нарушение ассоциативных процессов в виде замедления темпа мышления, снижения объема и скорости усвоения информации, тенденции к стереотипии, шаблонности. У больных поздней шизофренией апато-абулический дефект характеризовался относительной равномерностью поражения всех сфер психической деятельности, без достоверного преобладания нарушений какой-либо из них (эмоциональная – у 89,7% больных, волевая – у 100% пациентов, ассоциативная – у 86,2% больных). В контрольной же группе процент больных с поражением указанных сфер был выше (94,3%, 100%, 96,2% больных соответственно), хотя и без достоверной разницы.

Больные с дефицитарными состояниями псевдоорганического типа чаще (хотя и без достоверной разницы) встречались в основной группе (22 пациента – 29% в основной и 6 больных – 18,8% в контрольной группе). В основной группе не было выявлено пациентов с какими-либо преморбидными патохарактерологическими нарушениями, т. е. все они имели относительно гармоничный склад личности к началу заболевания. В контрольной же группе трое больных (50%) с данным типом дефекта имели до начала заболевания эпиптоидную акцентуацию личности. В основной группе большинство было женщин (14 больных – 63,6%), а группу контроля составили только женщины. В клинической картине псевдоорганического дефекта наблюдалось сочетание снижения интеллектуальных функций по типу когнитивного дефицита с падением психической активности в виде аутохтонной астении. Наряду с общим замедлением психических процессов, уменьшением спонтанности, у таких больных выявлялась эмоциональная отгороженность, безучастность, пассивная подчиняемость. В формировании данного типа дефекта преобладал непрерывный тип течения шизофрении как в основной, так и в контрольной группе (72% и 67,3% соответственно). При псевдоорганическом типе дефекта преобладали нарушения со стороны ассоциативной – (18 пациентов – 81,8%

в основной группе и 6 пациентов – 100% в контрольной) и эмоциональной – (20 пациентов – 91% в основной группе и 6 больных – 100% в контрольной) сфер, чуть в меньшей степени была выявлена заинтересованность волевой сферы – у 16 пациентов (72,7%) основной группы и 4 больных (66,7%) контрольной. Отмечалась значительная выраженность дефицитарных симптомов у больных с псевдоорганическим типом дефекта.

Психопатоподобный тип дефекта статистически достоверно преобладал у больных поздней шизофренией по сравнению с более ранним ее началом (18 больных в основной группе – 23,7% и 3 человека в контрольной – 9,3% – $p < 0,05$). Нами было установлено, что у больных с данным типом дефекта в обеих группах отмечались преморбидно-личностные характеристики, соответствующие экспансивной шизоидности, расстройствам истеро-возбудимого круга. У 15% пациентов основной группы и 26% больных из группы контроля в преморбиде отсутствовали какие-либо личностные девиации. Приступообразный тип течения шизофрении достоверно превалировал ($p < 0,05$) над непрерывным у пациентов обеих групп. На первый план выступали снижение глубины и модулированности эмоций, эмоциональная холодность, иногда жестокость, немотивированная возбудимость, неадекватность в реагировании и поведении, своеобразии суженного круга интересов, различные формы снижения или искажения интеллектуальной активности. У больных поздней шизофренией с психопатоподобным типом дефекта в наибольшей степени страдала эмоциональная сфера (у 92% пациентов), в меньшей – изменения касались ассоциативных процессов (73,5% пациентов). Наименее всего поражались волевая активность (у 40% больных), однако появлялись новые искаженные формы поведения (асоциальность, немотивированная агрессия, гиперболлизированная активность). В группе контроля эмоциональная и ассоциативная сферы страдали у 100% больных, а волевая – у 66,7%. Более значительная выраженность нарушения волевой сферы у пациентов контрольной группы является статистически достоверной ($p < 0,05$).

Выборка больных с астеническим типом дефекта оказалась самой малочисленной (7 пациентов – 9,2% в основной группе и 4 пациента – 12,5% в контрольной). Преморбидно-личностные особенности больных с данным типом дефекта были представлены личностными девиациями астенического и психастенического круга. Однако у большинства пациентов обеих групп (57,1% больных в основной группе и 50% пациентов в контрольной) до начала заболевания имелся относительно гармонический склад личности. В клинической картине на первый план выступали эмоциональная слабость, истощаемость, раздражительность, снижение умственной работоспособности, редукция энергетического потенциала. Все пациенты этой выборки обнаруживали снижение интенсивности эмоционального реагирования

в отношениях с окружающими людьми, признаки истощаемости при проведении тестирования и длительной беседе, уменьшение продуктивности волевой активности, необходимость напряжения для реализации возникающих потребностей, обеднение ассоциативных процессов с элементами конкретности, стереотипий, персевераций, замедление темпа и объема усвоения информации. В основной группе все пациенты были представлены только женским полом, мужчины с данным типом дефекта встречались лишь в контрольной группе (2 больных – 50%). При данном типе дефекта превалировал приступообразный тип течения шизофрении (у 67% больных основной группы и у 76,7% пациентов контрольной). У больных с этим типом дефекта преимущественно страдала волевая сфера (86% пациентов основной и 100% контрольной групп), ассоциативные нарушения были выраженными у 56% больных основной и 75% пациентов контрольной группы, эмоциональные расстройства выступали на первый план лишь у 18% больных поздней шизофренией и у 25% пациентов с ранневозрастным ее началом.

Интегрированный подход к выявленным нарушениям позволяет предположить, что апато-абулический, псевдоорганический, психопатоподобный и астенический типы дефекта у больных поздней шизофренией патогенетически связаны и являются отражением патологического процесса разной степени выраженности. Об этом свидетельствует углубление негативной симптоматики с постепенного замещения расстройств первого ранга более тяжелыми в ряду от астенического до псевдоорганического дефекта.

Выводы: Полученные данные об особенностях клинико-психопатологических аспектов больных поздней шизофренией с различными вариантами дефекта позволяют более точно квалифицировать дефицитарные проявления данного контингента больных, что, в свою очередь, способствуют оптимизации психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации.

Ботбаев А.А., Еремкина А.И.

Изучение психических процессов при апато-абулическом синдроме

*Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии КРСУ,
Кыргызская Республика, Бишкек*

Цель исследования: Изучить взаимообусловленность психических процессов и их влияние на особенность структуры апато-абулического синдрома при шизофрении.

Материал и методы исследования: 60 пациентов с обострением основного заболевания, проходящих стационарное лечение на базе РЦПЗ г. Бишкек. Когорту, составленную из всех респондентов, наблюдали на протяжении ближайших трех недель после повторной госпитализации в связи с обострением основного расстройства.

Критерии включения:

- наличие диагностических критериев шизофрении по международной классификации болезней десятого пересмотра (далее в тексте МКБ-10) в рамках непрерывного течения – F20.00;
- период ремиссии составлял ≤ 1 год, как на фоне адекватной поддерживающей психофармакологической терапии, так и без таковой;
- возраст пациентов 25–55 лет;
- длительность течения заболевания у всех респондентов более 5 лет;
- длительность врачебного наблюдения более 2 лет. Период повторного стационарного лечения составлял 3 недели и более;
- наличие заключения медико-социальной экспертизы о нетрудоспособности по причине наличия параноидной шизофрении;
- наличие среднего, среднего специального или высшего образования, и до развития психического расстройства были трудоустроены.

Критерии исключения:

- диагностированные формы шизофрении, не подходящие под критерии диагноза шизофрении непрерывного типа течения согласно МКБ-10;
- коморбидность с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Методы исследования:

- полуструктурированное интервью;
- опросник индекса жизненного стиля Келлермана-Плутчика-Конте;
- шкала PANSS;
- программа по статистической обработке данных SPSS Statistics;
- тест Колмогорова-Смиронова;
- расчет описательных статистик;
- тест Стьюдента для несвязанных выборок;
- расчет коэффициента корреляции Крамера;
- факторный анализ.

Результаты и их обсуждение: По результатам исследования респонденты распределились следующим образом: по гендерному признаку – мужчины и женщины составили 50% в каждой группе соответственно. В возрастном аспекте среди мужчин доминировала возрастная группа 35–55 лет (63,3%), среди женщин – 20–35 лет (56,6%). В социальном аспекте среди мужчин доминировали лица, не состоящие в браке (86,6%), тогда

как для женщин доминирующим являлось замужнее семейное положение (93,3%). В ходе факторного анализа позитивных и негативных симптомов были выделены следующие факторные группы: 1 группа – галлюцинации (0,928), соматическая озабоченность (0,903), бред (0,882), чувство вины (0,839), загруженность психическими переживаниями (0,783), напряженность (0,768); 2 группа – притупление аффекта (0,947), моторная заторможенность (0,864), малоконтактность (0,826), активная социальная устраненность (0,806), эмоциональная отгороженность (0,765), расстройство мышления (0,674); 3 группа – нарушение внимания (0,855), идеи величия (0,760), подозрительность (0,752), тревога (0,642), враждебность (-0,637), трудность в общении (-0,569); 4 группа – дезориентированность (0,878), нарушение абстрактного мышления (0,838), ослабление контроля импульсивности (0,564); 5 группа – стереотипность мышления (0,926), нарушение спонтанности и плавности речи (0,760), снижение критичности к своему состоянию (0,637).

По результатам статистических данных у экстравертов превалирует первый и третий факторы ($p < 0,05$). У интровертов превалирует второй и четвертый факторы ($p < 0,05$).

У женщин превалирует первый и третий факторы ($p < 0,05$). У мужчин превалирует второй и четвертый факторы ($p < 0,05$).

Общая напряженность защит имеет прямую связь с первым фактором ($r=0,414$; $p < 0,05$) и обратную ($r=-0,537$; $p < 0,05$) с четвертым фактором.

Операция мышления – обобщение имеет прямую, сильную связь ($r=0,811$; $p < 0,05$) с пятым фактором.

Выводы:

Были выделены следующие симптомокомплексы:

1. Фактор: галлюцинации, соматическая озабоченность, бред, чувство вины, напряженность, загруженность психическими переживаниями;
2. Фактор: притупление аффекта, моторная заторможенность, мало-контактность, активная социальная устраненность, эмоциональная отгороженность, расстройство мышления;
3. Фактор: нарушение внимания, идеи величия, подозрительность, тревога, враждебность, трудность в общении;
4. Фактор: дезориентированность, нарушение абстрактного мышления, ослабление контроля импульсивности;
5. Фактор: стереотипность мышления, нарушения спонтанности и плавности речи, снижение критичности к своему состоянию.

Выделенные симптомокомплексы имеют неоднородную взаимосвязь с такими показателями, как личностная направленность, ОНЗ, процессы мышления.

У респондентов с экстравертированной личностной направленностью превалирует параноидный регистр симптомов, тогда как для интровертов более характерен аутистический в сочетании с аффектом растерянности.

Структурный анализ полученных данных позволяет свидетельствовать о корреляционных взаимосвязях в системе параметрических данных, где параноидный фактор имеет прямую, среднюю связь с ОНЗ ($r=0,414$; $p<0,05$). При аутистическом факторе обратная, средняя связь с ОНЗ ($r=-0,537$; $p<0,05$).

Операция мышления обобщение является системообразующим фактором в процессе формирования расстройств шизоформного спектра с преимущественными когнитивными нарушениями (пятый фактор $r = 0,811$; $p < 0,05$).

Апато-абулический синдром является многофакторным клинико-психологическим и патопсихологическим образованием, динамика которого обусловлена влиянием ОНЗ, операций мышления (обобщение), что должно учитываться в процессе дифференциальной диагностики, терапевтическом подходе и психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих шизофренией.

Вдовенко А.М.

Психопатологический профиль приступообразно-прогредиентной шизофрении на этапе формирования терапевтической ремиссии

Филиал ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева» ДЗМ «Психоневрологический диспансер № 1», Москва

Актуальность: Растущий интерес к этапу формирования ремиссии объясняется новейшими исследованиями клинической эффективности терапии, позволяющими увидеть границы возможностей методов реабилитации. Высказывается мнение, что в отношении сегодняшнего понимания этого периода болезни сохраняется множество иллюзий, лишающих возможности наиболее полного клинического и социального восстановления больных. Стремление обеспечить максимальному числу психически больных в постгоспитальном периоде пребывание в среде здорового населения приходит в противоречие с параллельно нарастающей тенденцией к учащению рецидивов, которая происходит в силу низкого уровня адаптации определенной части больных к психосоциальным стрессорам обыденной жизни. Растут экономические затраты на купирование рецидивов в стационарных условиях, возрастают также психологические нагрузки здорового окружения, связанные с пребыванием в нем психически больных.

По данным литературы, психопатологическая структура этапа формирования терапевтической ремиссии при шизофрении при психометрическом анализе симптоматики по шкале PANSS у первичных и повторных больных достоверно различается.

Цель: Определение профиля психопатологических расстройств (соотношение позитивной и негативной симптоматики) на этапе становления ремиссии и обоснование связи динамики этапа с прогнозом заболевания.

Материалы и методы: В исследование были включены 34 больных, наблюдающиеся в ПНД № 1 за период 2013–2014 гг., из них 57,9% женщин и 42,1% мужчин, с диагнозом «приступообразно-прогредиентная шизофрения» (F20.01). Возраст больных составил $39,7 \pm 11,8$ года. Были выделены две группы сравнения – первичные и повторные больные.

Критерии включения в первую группу предполагали выписку после первого случая госпитализации в психиатрический стационар в связи с манифестацией заболевания (15 больных в возрасте $34,3 \pm 11,4$ года).

Критериями включения во вторую группу явилось наличие в анамнезе не менее двух приступов шизофрении, отсутствие актуального психотического состояния на момент обследования. Вторую группу составили 19 человек в возрасте $44,5 \pm 10,5$ года, длительность заболевания – $14,8 \pm 5,7$ года, число госпитализаций составило $14,1 \pm 8,4$ случая.

Для оценки клинических показателей терапевтического эффекта и объективизации клинических данных применялась шкала оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). По шкале PANSS больные оценивались в первый месяц после выписки и через 5–6 месяцев.

На первом этапе формирования когорты исследования был использован клинико-катамнестический метод, позволивший выделить относительно гомогенную группу больных, которые удовлетворяли критериям диагноза F20.0 согласно МКБ-10. Полученные данные обрабатывались с использованием Statistica 6.0 (Copyright StatSoft Inc.). Использован статистический непараметрический метод проверки гипотезы U тестом Mann-Whitney для выявления различий, которые считались достоверными при $p < 0,05$. Непараметрическим методом Spearman был проведен корреляционный анализ для выявления факторов, имеющих взаимосвязь с особенностями динамики состояния больных. Корреляции учитывались как значимые в том случае, если коэффициент корреляции был больше $0,35$ при $p < 0,05$.

Результаты: Анализ результатов обследования показал, что клинические характеристики динамики у первичных и повторных больных существенно различаются. Суммарная выраженность психопатологической симптоматики по шкале PANSS на момент первичного осмотра в группе по-

вторных больных оказалась выше, чем у первичных больных и составила $87,1 \pm 6,4$ балла (по сравнению с $66,4 \pm 5,2$ балла в группе первичных больных) ($p < 0,05$). Выраженность продуктивных расстройств по шкале PANSS (субшкала позитивных симптомов) у больных обеих групп на момент первичного осмотра практически не различалась ($18,1 \pm 4,2$ у первичных и $19,5 \pm 4,3$ у повторных). При этом негативные расстройства и общие психопатологические симптомы достоверно в большей степени были выражены в группе повторных больных: $32,2 \pm 3,6$ по сравнению с $19,2 \pm 3,5$ по субшкале негативных расстройств и $35,3 \pm 5,7$ по сравнению с $29,1 \pm 5,3$ по субшкале общих психопатологических симптомов. Различия выраженности негативной симптоматики в наибольшей степени касались эмоциональной сферы. К 5–6 месяцу терапии у больных в группах сравнения наблюдалась достоверная положительная динамика выраженности психопатологических проявлений. В целом первичные больные продемонстрировали более отчетливую динамику (снижение на $14,5 \pm 3,3$ балла), чем повторные (снижение на $11,3 \pm 2,5$ балла).

Динамика по отдельным субшкалам PANSS оказалась неравномерной. У больных обеих групп улучшение состояния было достигнуто в основном за счет снижения выраженности позитивной симптоматики, в то время как выраженность негативных и общих психопатологических нарушений не претерпела значимых изменений.

В свою очередь, при анализе динамики отдельных симптомов субшкалы позитивных расстройств было выявлено, что редукции в большей степени подвергались такие показатели, как галлюцинации, возбуждение и враждебность, в то время как другие симптомы проявили менее выраженную динамику. Статистическая обработка полученных данных в отношении динамики психопатологических проявлений позволила выявить ряд закономерностей. Несмотря на большую выраженность негативных нарушений у повторных больных, не было отмечено их связи с длительностью заболевания и числом приступов в анамнезе. Этот факт согласуется с высказанной в литературе гипотезой, что выраженность негативной симптоматики у больных шизофренией нарастает в основном в течение двух-трех лет после первого приступа, а затем не претерпевает значительных изменений.

Выводы: Выраженность основных и дополнительных продуктивных (позитивных) расстройств у больных обеих групп сходна, что отражает отсутствие прямого параллелизма между негативными и продуктивными симптомами шизофрении. В динамике начального этапа ремиссии у больных обеих групп обнаруживается преимущественное снижение выраженности позитивной симптоматики, в то время как негативные расстройства и общие психопатологические симптомы остаются малоподвижными.

У первичных больных выраженность положительной терапевтической динамики выше. Среди позитивных симптомов наибольшую подвижность и податливость к фармакотерапевтическому вмешательству обнаруживают расстройства восприятия, психомоторное возбуждение и враждебность. В группе сравнения степень клинического улучшения в начальный период терапии больше у тех больных, у которых меньше была отмечена выраженность нарушений мышления и эмоциональной отгороженности.

Воробьев Р.В.

Смешанные состояния в клинике биполярного аффективного расстройства

ГКУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 12» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва

О большом значении для клинической практики смешанных состояний при БАР свидетельствуют их высокая распространенность (Goldberg J.F., 2009), связь с суицидальностью (Balazs J. et al., 2006), склонность к более ранней манифестации (Benazzi F., 2001) и затяжному течению (Perugi G. et al., 2000), биполярный семейный анамнез (Benazzi F., 2005), отсутствие эффекта от применения антидепрессантов (Koukouroulos K., 2005) и улучшение на фоне приема нормотимиков (Мосолов С.Н., 2008). Однако из-за полиморфизма симптоматики и сохраняющейся неопределенности этой категории смешанные состояния часто не распознаются в психиатрической практике.

Цель исследования: Дименсиональное изучение психопатологической структуры смешанных состояний при БАР с построением их клинической типологии, оценкой роли темперамента и установлением стереотипов развития заболевания, ассоциированных с выделенными вариантами смешанных состояний.

Материалы и методы: Клинико-психопатологическим методом было обследовано 139 больных с верифицированным по МКБ-10 диагнозом БАР из числа стационарных и амбулаторных пациентов, находившихся на лечении в ГКУЗ «ПКБ № 12» ДЗМ в 2011–2013 гг. Из них была сформирована выборка больных со смешанным эпизодом по следующим критериям: 1) соответствие критериям МКБ-10: «БАР, текущий смешанный эпизод», «БАР, текущий эпизод легкой, умеренной и тяжелой депрессии без психотических симптомов», «БАР, текущий эпизод мании без психотических симптомов», «БАР, текущий эпизод гипомании»; 2) ≥ 3 конкурирующих симптомов про-

тивоположной полярности в структуре смешанного состояния (критерии Benazzi F., 2001, 2003; McElroy, 1992). Критерии исключения: злоупотребление психоактивными веществами, психотический уровень аффективных расстройств.

Проводилось клинико-психопатологическое и психометрическое обследование с использованием шкалы депрессии Гамильтона (HDRS-17), шкалы мании Янга (YMRS) и Мультидименсиональной шкалы для оценки аффективных расстройств (MATHyS) (Henry C., 2008, 2013). Клиническая типология разрабатывалась на основании результатов статистического анализа показателей MATHyS (иерархический кластерный анализ с предварительным факторным анализом).

Результаты: В выборку со смешанным эпизодом вошло 49 больных (23 с депрессивным и 26 с маниакальным) – 35% от общего числа обследованных с БАР. Социодемографические характеристики выборки отличались преобладанием лиц молодого возраста и женщин (63,3%), с высшим (59,2%) образованием, состоящих в браке (47%), имеющих постоянную работу (61,2%). У 53% больных верифицирован определенный тип преморбидного аффективного темперамента по Akiskal H.S. (2005) с преобладанием циклотимного (14,3%), гипертимного (12,2%), депрессивного (10,2%).

Методом факторного анализа было отобрано пять факторов («психомоторное напряжение», «мотивационно-поведенческая сфера», «идеаторная сфера», «эмоциональная гиперреактивность», «сенсорная сфера»), по которым осуществлялась кластеризация больных. На основании дальнейшей клинико-психопатологической оценки построена типология смешанных состояний. Выделено 3 варианта смешанных депрессий (ажитированная депрессия, депрессия со скачкой идей, гиперреактивная депрессия) и 4 варианта смешанных маний (дисфорическая мания, заторможенная мания, астеническая мания, ипохондрическая мания), соответствующие психометрическим данным шкалы MATHyS.

При *ажитированной депрессии* гипотимия, пессимистическая оценка ситуации, идеи самоуничтожения сочетаются с чувством внутреннего напряжения, сопровождающимся моторным возбуждением, готовностью к взрывным эмоциональным реакциям, сексуальной возбудимостью, склонностью к импульсивным действиям (наибольшие средние значения по фактору «Психомоторная сфера» – $9,1 \pm 1,5$). *Депрессия со скачкой идей* характеризуется сочетанием астено-депрессивной симптоматики с двигательной заторможенностью и выраженным идеаторным ускорением, отвлекаемостью внимания (наибольшие средние показатели по фактору «Идеаторная сфера» – $9,3 \pm 2,5$). В клинической картине *депрессии с явлениями эмоциональной гиперреактивности* ведущим является проявление

нестабильности всех компонентов аффективного состояния с отчетливым снижением порога реагирования на внешние раздражители и утрированными эмоциональными реакциями, наблюдается асинхронная активация в моторной, идеаторной сфере и сфере влечений, представляющаяся в форме хаотичной изменчивости в поведении и жалобах больных (наиболее высокие в сравнении с другими вариантами смешанных депрессий показатели по фактору «Эмоциональная сфера» (эмоциональная гиперреактивность) – $9,3 \pm 0,5$). При *дисфорической мании* приподнято-возбужденное настроение имеет гневливо-брюзжащий оттенок. Идеаторное и моторное оживление сочетается с раздражительностью, неспособностью сдерживать свои реакции, крайней лабильностью аффективного состояния с высокоамплитудными колебаниями, не соответствующими силе провоцирующих факторов (наибольшие средние значения по факторам «Психомоторная сфера» – $8,7 \pm 1,8$, «Эмоциональная сфера» – $8,3 \pm 0,4$). *Заторможенная мания* представляется сочетанием маниакального характера аффекта с заторможенностью в идеаторной и моторной сфере (наименьшие значения по факторам «Психомоторная сфера» – $2,5 \pm 2,9$, «Идеаторная сфера» – $5,5 \pm 1,7$). При *астенической мании* больные на фоне приподнятого настроения, легкой моторной и идеаторной гиперактивации жалуются на «снижение жизненного тонуса». Отсутствует свойственное маниакальным состояниям чувство полного физического довольства и энергетической неистощимости (самые низкие значения по фактору «Мотивационно-поведенческая сфера» – $4,5 \pm 3,2$). Для *ипохондрической мании* характерны жалобы на соматические недуги, неприятные телесные ощущения, несмотря на внешние признаки повышенного аффекта. Идеаторное и моторное оживление и усиление влечений, сокращение сна при отсутствии чувства утомления сочетается с изолированными ипохондрическими сверхценными образованиями, соматопсихическими расстройствами в форме чужеродных нормальной перцепции телесных ощущений (повышенные значения по факторам «Мотивационно-поведенческая сфера» – $8,1 \pm 1,8$, «Сенсорная сфера» – $8,5 \pm 1,0$).

Оценка суммарных баллов шкалы MAThyS у исследуемых пациентов демонстрирует высокие показатели общего суммарного балла ($138,3 \pm 39,3$) (общая активация) и средних баллов по фактору «Эмоциональная сфера» ($32,5 \pm 4$) (гиперреактивность).

Отмечена связь тяжести аффективных проявлений с вариантом смешанного состояния. Синдромальный уровень конкурирующей симптоматики в структуре смешанного состояния наблюдается при ажитированной депрессии (средние баллы по HDRS-17 $21,75 \pm 1,913$, по YMRS $23,92 \pm 1,62$), депрессии с гиперреактивностью ($20,5 \pm 2,74$ и $22,83 \pm 3,06$), составляя 36,7% наблюдений. Субсиндромальный уровень конкурирующей симптоматики

отмечается при депрессии со скачкой идей ($17,8 \pm 0,84$ и $14,4 \pm 1,14$), заторможенной мании ($29,1 \pm 5,5$ и $11,0 \pm 2,3$), ипохондрической мании ($26,1 \pm 4,2$ и $16,2 \pm 6,9$), астенической мании ($25,1 \pm 7,21$ и $16,2 \pm 6,9$), дисфорической мании ($16,1 \pm 5,3$ и $31,1 \pm 3,74$) и наблюдается в 2 раза чаще – в 63,3% случаев.

Среди больных со смешанными депрессивными эпизодами наиболее распространены гипертимный (17%) и циклотимный (17%) темпераменты, а среди больных со смешанными маниакальными эпизодами – депрессивный (19,2%) и циклотимный (11,5%), что предполагает участие определенного типа темперамента в формировании различных вариантов смешанных состояний: на базе депрессивного темперамента более вероятно развитие смешанных маний, тогда как гипертимный темперамент предрасполагает к развитию смешанных депрессий. Циклотимный темперамент оказывает сопоставимое патопластическое влияние на синдромокинез маний и депрессий, приводя к развитию смешанных состояний с явлениями аффективной нестабильности.

Анализ клинических характеристик течения БАР, протекающего со смешанными состояниями, позволил выделить 3 паттерна течения: 1) со спорадическим возникновением смешанных эпизодов – с четко очерченными редкими и не имеющими систематической периодичности аффективными фазами, преимущественно депрессиями и смешанными депрессиями (чаще со скачкой идей), разделенными длительными интермиссиями; 2) с регулярным возникновением смешанных эпизодов – с четко очерченными редкими, но регулярно возникающими аффективными фазами, преимущественно депрессиями и смешанными депрессиями (чаще ажитированными), с менее длительными периодами интермиссий, частыми госпитализациями и снижением профессионального статуса; 3) с циркулярным течением – с частыми сменяющими друг друга фазами с преобладанием маний и смешанных состояний (дисфорическая мания, гиперреактивная депрессия) без четко очерченных интермиссий с тенденцией к континуальному неблагоприятному течению.

Обсуждение результатов: Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности смешанных состояний без психотической симптоматики в структуре БАР. Кроме того, общим признаком смешанных состояний является высокий уровень гиперреактивности и общей активации, что согласуется с данными Henry C. (2010). При отдельных вариантах смешанных состояний (дисфорическая мания, гиперреактивная депрессия) гиперреактивность приобретает характер «ядерных» черт и сопряжена с выраженной аффективной нестабильностью. Превалирование субсидромальных конкурирующих симптомов также согласуется с результатами других исследований (Goldberg F., 2009; Judd LL, 2012). Отмечена predis-

зиционная роль отдельных подтипов аффективного темперамента в формировании картины смешанных состояний различной полярности. Выделенные паттерны течения БАР, в структуре которого наблюдаются смешанные состояния, демонстрируют их связь с полярностью преобладающих эпизодов: БАР, на протяжении которого преобладает депрессивная симптоматика, ассоциировано с возникновением смешанной ажитированной депрессии и депрессии со скачкой идей; БАР, на протяжении которого преобладает маниакальная симптоматика, ассоциировано с возникновением смешанных состояний, ядерной характеристикой которых является аффективная нестабильность.

Выводы: В зависимости от полюса преобладающего аффекта и специфической симптоматики выделено 3 варианта смешанной депрессии и 4 варианта смешанной мании. Тяжесть аффективных проявлений ассоциирована с вариантом смешанного состояния. Преморбидный аффективный темперамент играет патопластическую роль на синдромокинез смешанного состояния. В зависимости от повторяемости смешанных состояний и доминирующего аффекта выделены основные паттерны течения БАР, ассоциированные с определенными вариантами смешанных состояний: 1) БАР с регулярным возникновением смешанных эпизодов, 2) БАР со спорадическим возникновением смешанных эпизодов, 3) БАР с циркулярной повторяемостью смешанных эпизодов.

Гедевани Е.В.

Особенности психопатологической структуры и течения эндогенных адинамических депрессий

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Актуальность исследования: Несмотря на многолетнюю историю исследований аффективных синдромов, проблема их синдромального отграничения, клинико-психопатологических особенностей и нозологической принадлежности по-прежнему остается актуальной. Особый интерес в плане изучения представляют депрессивные картины с преобладанием адинамии – в переводе с древнегреческого «бессилия». Применительно к аффективной патологии в психиатрии термин «адинамия» одними из первых исследователей был предложен Weitbrecht H., Glatzel J. [12, 6]. Использовались и другие определения, такие как «анергическая депрессия» [3]. В современной литературе практически отсутствуют описания собственно

динамических депрессий. Большинство исследователей избегают понятия «адиамина», используя термины «хроническая усталость», «утомляемость», «моторная заторможенность», «гиперсомния» [7, 10, 9]. Эта тенденция нашла отражение и в МКБ-10, где состояния с динамическими картинами включены в различные диагностические рубрики: упоминания о депрессиях с утомляемостью можно найти в рубрике F32.8 /другие депрессивные эпизоды, куда относят атипичные и маскированные депрессии/; в рубриках F48 /другие невротические расстройства/; в рубрике F51.1 /гиперсомния неорганической природы/. Некоторые исследователи подробно описывают динамические расстройства, однако рассматривают их в рамках различных нозологических форм. Так, например, некоторые авторы расценивают эти состояния как этап развития шизофренического процесса в рамках шизофрении, или как остаточные проявления приступа шизофрении [11, 8, 1], не сопоставляя и не дифференцируя их с подобными расстройствами в структуре иных эндогенных психических заболеваний. Другие рассматривают динамические нарушения как проявления глубины депрессивного состояния [4], третьи не ставят границ между динамическими депрессивными состояниями и простыми заторможенными и астеническими депрессиями [2]. Наиболее часто в научных трудах говорится о сходстве апатических и динамических депрессий, некоторые исследователи считают динамические депрессии одной из разновидностей апатических [5].

Целью является определение клинико-психопатологических особенностей эндогенных депрессий, протекающих с доминированием динамических расстройств эндогенного спектра, и определение их прогностической ценности и стратегий адекватной психофармакотерапевтической тактики.

Материал исследования: Было обследовано 60 человек, из них 21 мужчина (35%) и 39 женщин (65%), в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст обследуемых составил 39,3 года), поступивших в клинику, в связи с актуальным депрессивным состоянием в рамках биполярного аффективного расстройства, F31.3, F31.4 (24 человека, 40%), рекуррентного депрессивного расстройства, F33.1 (12 человек, 20%), депрессивного эпизода, F32.1, F32.2, F32.3 (5 человек, 8,4%), циклотимии, F34.0 (7 человек, 11,7%), шизотипического расстройства, F21.3, F21.4 (6 человек, 10%), шизофрении, F20.04 (3 человека, 5%), шизоаффективного расстройства, F25.1 (3 человека, 5%). Клинико-психопатологическая картина этих состояний определялась наличием динамического радикала. Средняя продолжительность заболевания обследуемых составила 8,9 года.

Методы исследования: Клинико-психопатологический, клинико-катамнестический.

Результаты и их обсуждение: Адинамические явления были представлены ощущением бессилия, вялостью, отсутствием энергии, физических сил. Обследуемые приводили образные сравнения своих мышечных ощущений, такие как «тряпичная слабость», «амебообразность», чувство лежащей на них каменной плиты, испытывали потребность принять неподвижное положение тела, лечь в кровать. У таких пациентов отсутствовала возможность вовлечения в какую-либо деятельность, их образ жизни отличался крайней пассивностью.

Более чем у 1/3 обследуемых (21 человек, 35%) отмечалось идеаторное торможение, присутствовало недовольство своей мыслительной деятельностью. Они говорили о том, что чувствуют себя «поглупевшими», что мысли текут медленно, снижена способность к сосредоточению и концентрации внимания.

Моторный компонент был представлен выраженной заторможенностью. При наибольшей глубине депрессии у 18 больных (30%) отмечались явления полной обездвиженности, что можно было квалифицировать как явления депрессивного субступора. У 4 обследуемых (6,6%) отмечалось повышение тонуса мускулатуры по пластическому типу, более выраженное в области верхних конечностей.

Несмотря на то что эндогенные депрессии с адинамическими расстройствами часто демонстрируют атипичность депрессивной триады, с минимальной выраженностью ее тимического компонента, наличие таких признаков, как чувство сниженного настроения – подавленность, печаль, неуверенность в себе, подчинение суточному ритму колебаний настроения, позволяет отнести их к кругу аффективных феноменов.

Исследуя феномен адинамии, нельзя не отметить ее сходство с рядом других психопатологических феноменов. Так, наличие в ее структуре вялости, слабости, утомляемости, как физической, так и идеаторной, обнаруживает известное сходство состояния с картиной астенического синдрома. Кроме того, принадлежность к полюсу негативной аффективности обнаруживает сходство адинамических расстройств с картиной апатии.

Однако, несмотря на внешнее сходство, эти состояния имеют ряд существенных отличий, которые, однако, не всегда выявляются при обследовании пациентов, что требует тщательной оценки их состояния. Так, астенические (и астеноподобные проявления) отличаются от адинамии наличием раздражительной слабости, явлений астенического ментизма, аффективной лабильности и метеочувствительности. Апатическая депрессия отличается явлениями ангедонии, наблюдается нежелание, а не неспособность к проявлению активности.

Обследуемые были разделены на 2 группы на основании психопатологических особенностей, имеющих у них депрессивных состояний:

- 1 группа с адинамическими депрессиями, имеющими типичную психопатологическую структуру (21 человек, 35%, средний возраст которых составлял 40,9 года);
- 2 группа адинамических депрессивных состояний, характеризовавшихся рядом психопатологических особенностей и явлениями полиморфизма (39 человек, 65%, средний возраст которых составлял 38,1 года).

В 1-й группе депрессивные состояния отличались сравнительной простотой, симптоматика не выходила за рамки аффективного регистра. Степень выраженности адинамических расстройств коррелировала с глубиной депрессии. Так, во время наибольшей глубины депрессии больные отмечали невозможность реализации какой-либо активности вследствие физической вялости, и неспособность вовлечься в какую-либо деятельность. При меньшей глубине депрессии больные тяготились наличием адинамических расстройств, объясняли бездеятельность не отсутствием сил и энергии, а сложноописываемой «потребностью лежать», с которой стремились бороться. Случаев несоответствия между тяжестью высказываемых жалоб адинамического характера и поведением больных выявлено не было – жалуясь на невозможность какой-либо активности, они действительно проводили время в бездеятельности.

Депрессивная триада характеризовалась гармоничностью степени выраженности ее составляющих. Тимический компонент, наряду с адинамическим радикалом, мог быть представлен апатическими, тревожными, а также анестетическими проявлениями.

В целом картина описанных состояний была максимально приближена к проявлениям классической циркулярной депрессии. Длительность состояний у больных 1-й группы составляла от 2 месяцев до 2,5 года (в среднем – 10,1 месяца). Особенностью являлось присутствие на всем их протяжении адинамических расстройств различной интенсивности. Полная обратимость симптомов и отсутствие отчетливых изменений личности по выходу из депрессивных состояний, позволяло трактовать эти состояния как фазы эндогенного заболевания аффективного круга.

Во 2-й группе пациентов атипичных полиморфных депрессий наиболее значимую роль в структуре состояния играли адинамические расстройства, наряду с которыми в психопатологической структуре состояний можно было наблюдать расстройства других регистров, выходящих за рамки аффективной патологии.

Адинамические расстройства у пациентов этой группы какой-либо специфичностью не обладали. Вместе с тем необходимо отметить отсутствие

корреляции глубины депрессии с тяжестью излагаемых жалоб. Несмотря на объективное отсутствие или уменьшение адинамических расстройств, жалобы на чувство бессилия и невозможность осуществления какой-либо деятельности сохранялись.

Депрессивная триада характеризовалась дисгармоничностью, либо с преобладанием моторного компонента (17 человек, 43,5%) либо идеаторного компонента (4 человека, 10,25%) над остальными составляющими, либо с эпизодическим отсутствием моторного и идеаторного компонентов (18 человек, 46,1%). Наряду с адинамическими расстройствами, у 31 больного (79,5%) в картине состояний присутствовали астеноподобные расстройства, которые были представлены явлениями раздражительной слабости, имел место метеопатический симптом Н. И. Пирогова (15 человек, 38,4%). У 17 человек (43,6%) в структуре депрессивных состояний имели место расстройства обсессивно-фобического круга, представленные навязчивыми сомнениями, связанными с чувством собственной неполноценности, а также явления сенесто-ипохондрического синдрома (11 человек, 28,2%). В ряде случаев обращали на себя внимание демонстративность, утрированность в изложении адинамических жалоб, что приближало адинамические расстройства к психопатоподобным расстройствам истерического круга (15 человек, 38,5%). Было характерно, что подобные расстройства наблюдались у пациентов, которым преморбидно не были свойственны истерические черты. Наличие деперсонализационных и анестетических расстройств можно было наблюдать у 19 пациентов (48,7%) из группы атипичных полиморфных депрессий.

Достаточно часто можно было наблюдать феномен моральной ипохондрии, (28 человек, 71,8%), характеризующийся субъективным ощущением психического изъяна, а также подозрениями на наличие тяжелого психического заболевания. Поведение таких пациентов сопровождалось формированием «ограничительного» мировоззрения в виде особого распорядка дня, дозирования нагрузок, «распределения сил на выполнение необходимых дел».

По мере развития состояний динамика депрессивных проявлений приобретала характер, сходный по описанию с волнообразным течением динамически-лабильных хронических депрессий, картины которых отличались нестойкостью, и прерывалась периодами минимальной выраженности адинамического радикала. Длительность депрессивных состояний варьировалась от 3 месяцев до 20 лет (в среднем 2,95 года). В наблюдаемых ремиссиях, которые отличались нестойкостью, сохранялись психопатологические феномены, наблюдаемые в описанных ранее состояниях (наиболее часто адинамические, астеноподобные расстройства и явления моральной ипохондрии).

Выводы:

- Адинамия в структуре депрессивных состояний обнаруживает гетерогенность проявлений и коррелирует с клинико-психопатологической картиной эндогенных депрессий.
- На основании психопатологических особенностей были выделены 2 группы эндогенных адинамических депрессий:
 - простые, в которых адинамия сохранялась на всем протяжении депрессивных состояний. Их особенностями были некоторая монотонность динамики депрессивного состояния, и полная обратимость симптомов депрессии;
 - атипичные, отличающиеся полиморфизмом, в которых, наряду с адинамическими расстройствами, можно было наблюдать ряд других расстройств, в некоторых случаях более тяжелых регистров, выходящих за рамки аффективной патологии.
- На основании проведенного исследования можно предположить и верифицировать дифференциально-диагностические критерии и обосновать нозологическую квалификацию. Указанное деление позволит разработать алгоритм терапевтической тактики.

Список литературы:

1. Бурба Б.В. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Психопатология и клиника адинамических депрессий в течении шизофрении», Москва, 1987, с. 27–30.
2. Вертоградова О.П., Войцех В.Ф., Волошин В.М. и др. К психологической структуре депрессий. – В кн.: Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980, с. 16–23.
3. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. // Л.: Медицина, 1988, с. 59–60.
4. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). // М., Медицина, 1975, с. 192.
5. Сорокин С.А. Клинико-психопатологические и терапевтические аспекты эндогенных апатических депрессий. Неврология и психиатрия. 3/2012, с. 12–19.
6. Glatzel J., Lungershausen E. Zur Frage der Residualsyndrome nach thymoleptisch-behandelten zyklischen Depressionen. // Arch. Psychiat. Nervenkr. 1968. - Bd. 210. - p. 440-441.
7. Hinshaw D.B., Carnahan J.M., Johnson D.L.. Depression, anxiety, and asthenia in advanced illness. J Am Coll Surg. 2002 Aug;195 (2):p. 271-7; discussion p.277-278.

8. Hogarty G.E. and Munetz M.R. *Pharmacogenic depression among outpatient schizophrenic patient: A failure to substantiate*, 1983. *J Clin Psychiatry* 44: p.369-371.
9. Liu, X., Buysse, D. J., Gatzler, A. L., Kiss, E., Meyer, L., Kapornai, K., Vetró, Á., & Kovacs, M. (2007). *Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression*. *Sleep*, 2007 Jan;30(1): p.83-90.
10. Maes M. «Functional» or «psychosomatic» symptoms, e.g. a flu-like malaise, aches and pain and fatigue, are major features of major and in particular of melancholic depression. *Neuro Endocrin Lett.* 2009;30(5): p.564-573.
11. Shanfield S, Tucker GJ, Harrow m et al: *The schizophrenic patient and depressive symptomatology*. *Journal of Nervous & Mental Disease.* 151(3): p.203-210, September 1970.
12. Weitbrecht H.J. *Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы // Клиническая психиатрия / Пер. с нем. – М.: Медицина, 1967, р. 99–101.*

Дегтярев Г.С.

Патопсихологические особенности феномена ангедония в структуре эндогенных расстройств аффективного и шизофренического спектра

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Актуальность: Ангедония как утрата способности испытывать удовольствие играет важную роль при реализации психической патологии [Pelizza L., 2009]. Так, «снижение способности радоваться, получать удовольствие, интересоваться» включено в описание симптомов депрессивного эпизода по МКБ-10, ангедонии приписывается ключевое значение при определении большого депрессивного эпизода по DSM-V. Многие авторы придерживаются позиции, что ангедония является одним из стержневых симптомов негативной симптоматики при расстройствах шизофренического спектра [Herbener E. et al., 2002; Blanchard J. et al., 1998; Loas G. et al., 1999]. Помимо представлений об ангедонии как об основном симптоме дефицита и депрессии существуют и другие гипотезы. В противовес представлению об ангедонии как о «ядерном» симптоме при шизофрении некоторые авторы рассматривают дефицит в получении удовольствия как потенциальный психологический фактор развития шизофрении [Meehl P., 1962]. Ангедония иногда рассматривается как конституциональная черта, которая может слу-

жить predisposиционнм фактором развития эндогенной депрессии [Meehl P., 1987]. В настоящее время принято выделять физическую и социальную ангедонию [Chapman L. et al., 1976], дефицит удовольствия в актуальных переживаниях (консумматорное удовольствие) и при их предвосхищении (антиципационное удовольствие) [Gard D. et al., 2006].

Неопределенность относительно роли ангедонии при шизофрении вызвана противоречивыми результатами эмпирических исследований, которые получили условное название «эмоциональный парадокс» [Strauss G., Gold J., 2012]. Это явление заключается в том, что пациенты демонстрируют актуальный уровень позитивных эмоций, сходный со здоровыми испытуемыми, но значительно меньше оценивают уровень удовольствия от предвосхищения событий или переживаний [Strauss G., Gold J., 2012].

Таким образом, исследования ангедонии при депрессии и расстройствах шизофренического спектра представляются особо актуальными. Значительным предметом для дальнейшего изучения остается проблема дифференциации различий феномена дефицита удовольствия в структуре разных эндогенных расстройств.

Целью настоящего исследования являлось определение патопсихологических особенностей феномена ангедонии в структуре эндогенных расстройств аффективного и шизофренического спектра и выделение дополнительных дифференциально-диагностических и прогностических критериев их оценки.

Материалы и методы: Было обследовано 14 больных мужского пола юношеского возраста (17–23 лет, средний возраст 19,1); 8 (57,14%) из которых перенесли манифестный или повторный приступ юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП) [F20.1, F20.2, F25.0, F25.1 по МКБ-10] и 6 (42,86%) депрессивное состояние в рамках рекуррентного депрессивного или биполярного аффективного расстройства [F31, F33; F34]. Все больные исследовались на этапе стационарного лечения в клиническом отделении группы по изучению психических расстройств юношеского возраста (руководитель – В. Г. Каледа) отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ (директор – академик А.С. Тиганов) НЦПЗ в 2013–2014 годах.

Критерии исключения – наличие сопутствующих (органических) психических расстройств, соматической и неврологической патологии, осложняющих исследование.

Соответственно цели исследования использовались экспериментально-психологический и психометрический методы. Были отобраны тесты, основанные на самоотчете, которые направлены на исследовании ангедонии и измерение уровня удовольствия испытуемого: Шкала Физической Ангедонии Чапман (Chapman Physical Anhedonia Scale – CPAS) [Chapman L. et al.,

1976], Шкала Социальной Ангедонии Чапман (Chapman Social Anhedonia Scale – CSAS) [Chapman L. et al., 1982], Шкала для оценки удовольствия Снейта-Гамильтона (The Snaith-Hamilton Pleasure Scale – SHAPS) [Snaith R. et al., 1995], Шкала оценки временного переживания удовольствия (The Temporal Experience of Pleasure Scale – TEPS) [Gard D. et al., 2006]. Тесты выбраны таким образом, чтобы помимо общего уровня ангедонии, возможно было оценить уровень физической и социальной ангедонии и оценить способность испытуемых испытывать консумматорное и антиципационное удовольствие. Кроме того, в исследовании использовался тест чернильных пятен Г. Роршаха [Rorschach H., Huber V., 2009] на основе интегративной системы психодиагностики Дж. Экснера [Exner J., 2003].

Сообразно целям данного исследования как основные показатели для анализа данных теста Роршаха были выбраны определенные критерии интегративной системы Экснера: DEPI – Индекс депрессии, который вычисляется на основе оценки нескольких определенных критериев. WSumC – общий уровень эмоциональности, взвешенная сумма цветных ответов [Ассанович, 2011]. SumC' – дискомфорт и напряжение от вынужденной эмоциональной экспрессии [Gascono и др., 2008]; негативные эмоции и чувства [Ассанович, 2011]. Cop – уровень сотрудничества, готовность к межличностному общению, ответ с детерминантой движения в сотрудничестве [Exner, 2003]. ХА% – адекватность распознавания действительности [Exner, 2003]. Х+% – конвенциональность восприятия действительности [Exner, 2003]. Х-% – уровень искажений в восприятии действительности [Exner, 2003].

Результаты: В результате предварительного исследования были получены следующие данные. При сравнении показателей группы больных шизофренией и группы больных депрессией с приведенными авторами теста нормативами для группы здоровых испытуемых (сходных по полу и возрасту) по шкалам Чапман [Kwapil и др., в печати] обнаружилось, что преобладание физической ангедонии над социальной наблюдается во всех исследованных нами клинических группах. Средние показатели уровня как физической, так и социальной ангедонии у группы больных шизофренией превышают заявленные авторами данные по здоровым испытуемым.

Информативными представляются данные сравнения показателей группы здоровых испытуемых [Exner J, 2003] с оценками групп больных по критериям теста чернильных пятен Роршаха. Так, среднее значение общего уровня эмоциональности (WSumC) группы больных шизофренией является самым низким из трех групп (WSumC=1,88 при норме 4). Такой результат связан с тем, что больные шизофренией в меньшей степени опираются на цветовые характеристики пятен при ответе, чем другие испытуемые. Общий уровень эмоциональности больных депрессией соот-

ветствует данным по норме ($5,25 > 4$), что связано с высоким количеством ответов отражающих дискомфорт и напряжение от вынужденной эмоциональной экспрессии (SumC'). То есть высокий уровень эмоциональности больных депрессией поддерживается за счет негативных эмоциональных реакций. Результаты по показателям индекса депрессии и уровня искажений в восприятии действительности двух групп сравнения превышают соответствующие средние оценки по здоровым испытуемым [Exner J., 2003]. По критериям уровня сотрудничества, адекватности распознавания и конвенциональности восприятия действительности больные шизофренией и депрессией имеют оценки ниже представленных в литературе нормативов для здоровых испытуемых.

Вместе с тем средние значения по шкалам Чапман значительно выше у больных депрессией (Среднее = 27,75; 22,5, физическая и социальная ангедония соответственно), при сравнении как со здоровыми испытуемыми (Mean = 13,71; 8,91), так и с больными шизофренией (Mean = 22,5; 18,5). Высший балл по шкале Снейта-Гамильтона отмечается у группы больных депрессией, что коррелирует с представленными выше данными шкал Чапман.

Важными, относительно дифференциации ангедонии у групп испытуемых, представляются результаты теста TEPS. Общая оценка по шкале удовольствия TEPS ниже всего у больных депрессией, за счет равномерного снижения, обоих показателей (получение антиципационного и консумматорного удовольствия). Кроме подкрепления данных о сниженном уровне удовольствия у групп больных, по сравнению с группой здоровых испытуемых, правомерно обратить внимание на больший дефицит в получении антиципационного удовольствия в группе больных шизофренией. Преобладание трудностей в сфере антиципационных переживаний, по мнению некоторых авторов [Wynn J. et al., 2010; Gard D. et al., 2007] является специфичным для больных шизофренией, тогда как в заявленных данных нормы этого неравенства между консумматорными и антиципационными переживаниями удовольствия нет [Gard D. et al., 2006].

Проведенное предварительное исследование не позволяет сделать выводов по статистическим различиям всех показателей методик по трем группам испытуемых по причине малого размера выборки. Однако при помощи статистического метода были обнаружены корреляции с уровнем значимости менее 0,05 между показателем SHAPS и критерием дискомфорта от вынужденной эмоциональной экспрессии ($R=0,75$). Другими словами, чем выше уровень ангедонии испытуемого по данным опросника SHAPS, тем больше ответов с использованием ароматического цвета дает этот испытуемый. Принимая во внимание, что высокие показатели по критерию дискомфорта от вынужденной эмоциональной экспрессии (SumC')

в протоколе испытуемого трактуется Экснером как одно из важнейших условий для оценки индекса депрессии (DEPI), можно сделать вывод о некоторой прямо пропорциональной зависимости уровня ангедонии и, оцениваемой по тесту чернильных пятен Роршаха, депрессивной констелляции. Данные сравнения по критерию Манна-Уитни ($p < 0,05$) указывают на выраженные отличия группы больных шизофренией от группы больных депрессией по показателю SumC'. Следовательно, выраженность дискомфорта и напряжения от эмоциональной экспрессии в данном сравнении является отличительным признаком для больных депрессией.

Выводы: Таким образом, предварительное исследование показало наличие качественных патопсихологических особенностей ангедонии в структуре эндогенных расстройств аффективного и шизофренического спектра. В частности:

- общий уровень ангедонии выше всего выявлен в группе больных с преобладанием расстройств депрессивного спектра;
- в обеих клинических группах отмечается более высокая интенсивность как социальной, так и физической ангедонии, по сравнению с нормативами по здоровым испытуемым;
- на этапе повторных обследований были получены следующие данные: при депрессии наблюдается наиболее выраженный дефицит удовольствия с подвижной динамикой ангедонии. В группе больных шизофренией интенсивность общего уровня ангедонии был меньше, чем у больных с расстройствами аффективного спектра, но отмечалась относительная ригидность динамики феномена;
- отмечено, что больные депрессией испытывают дефицит удовольствия и в актуальных переживаниях (консумматорное удовольствие), и при их предвосхищении (антиципационное удовольствие), в случаях шизофрении имеется выраженное преобладание дефицита антиципационного удовольствия.

Полученные в данном исследовании результаты не противоречат представлению об ангедонии как о феномене неспецифического расстройства, которое может играть синдромообразующую роль в формировании структуры и иметь корреляции с последующим течением эндогенного заболевания. Для уточнения заявленной гипотезы требуется расширить методический материал, с целью большей дифференциации качественных различий ангедонии при разных эндогенных расстройствах, увеличить выборку испытуемых для получения более надежных статистически значимых данных.

Список литературы:

1. Ассанович М.А. *Интегративная система психодиагностики методом Роршаха*. – М.: «Когито-Центр», 2011.

2. Blanchard J., Mueser K., Bellack A. *Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia*. *Schizophr bull.* 1998;24:413–424.
3. Chapman L., Chapman J. & Raulin M. *Revised Physical Anhedonia Scale*. 1976. *Scales for physical and social anhedonia*. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 374-382.
4. Chapman L., Chapman J., Eckblad M. & Mishlove M. *Revised Social Anhedonia Scale*. 1982. *The Revised Social Anhedonia Scale*.
5. Exner J., *The Rorschach. A comprehensive system*. Published by John Wiley & Sons, Inc., New Jersey, 2003.
6. Gacono C., Evans B., Kaser-Boyd N. & Gacono L. *Forensic Rorschach Assessment The Handbook*; 2008 by Taylor & Francis Group, LLC
7. Gard D., Gard M., Kring A., John O. *Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study*. 2006; *J Res Per* 40: 1086–1102.
8. Gard D., Kring A., Gard M., Horan W., Green M. *Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure*. *Schizophr Res* 93: 253–260; 2007.
9. Herbener E., Harrow M. *The course of anhedonia during 10-years of schizophrenic illness*. *J Abnorm Psychol.*2002;111:237–248.
10. Kwapil, T., Crump R. & Pickup D. (in press). *Assessment of psychosis proneness in African-American college students*. *Journal of Clinical Psychology*.
11. Loas G., Boyer P., Legrand A. *Anhedonia and the deficit syndrome of schizophrenia*. *Psychopathology.*1999;32:207–219.
12. Meehl P. *Hedonic capacity ten years later: some clarifications*. New York, USA: PMA Publishing; 1987.
13. Meehl P. *Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia*. *Am Psychologist.* 1962;17:827–838.
14. Pelizza L. & Ferrari A. *Anhedonia in schizophrenia and major depression: state or trait?* *Ann Gen Psychiatry.* 2009; 8: 22. Published online 2009 October 8.
15. Rorschach H., *Rorschach – Test, Psychodiagnostics Plates*. Printed in Switzerland, Berne, Verlag Hans Huber; HOGREFE Publishing Group, 2009.
16. Snaith R., Hamilton M., Morley S., Humayan A., Hargreaves D., Trigwell P. *A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith–Hamilton Pleasure Scale*. *British Journal of Psychiatry.* 1995;167:99–103.
17. Strauss G., Gold J. *A New Perspective on Anhedonia in Schizophrenia*. *Am J Psychiatry.* Author manuscript; *Am J Psychiatry.* 2012 April; 169(4): 364–373.
18. Wynn J., [HYPERLINK «http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Horan%20WP%5Bauth%5D»](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Horan%20WP%5Bauth%5D) Horan W., [HYPERLINK «http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kring%20AM%5Bauth%5D»](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kring%20AM%5Bauth%5D) Kring A., Simons R. *Impaired*

Anticipatory Event-Related Potentials in Schizophrenia. HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/efetch.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=20573584>» *Int J Psychophysiol.* 2010 August; 77(2): 141–149.

Еремкина А.И., Ботбаев А.А.

Динамика апато-абулического синдрома в зависимости от продолжительности течения параноидной шизофрении

Республиканский центр психического здоровья (РЦПЗ).

Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии КРСУ.

Кыргызская Республика, Бишкек

Цель: Изучить характер и тяжесть продолжительности апато-абулического синдрома в зависимости от продолжительности заболевания при шизофрении.

Материал и методы исследования: 60 пациентов с обострением основного заболевания, проходящих стационарное лечение на базе РЦПЗ г. Бишкек. Когорту, составленную из всех респондентов, наблюдали на протяжении ближайших трех недель после повторной госпитализации в связи с обострением основного расстройства.

Критерии включения:

- наличие диагностических критериев шизофрении по международной классификации болезней десятого пересмотра (далее в тексте МКБ-10) в рамках непрерывного течения – F20.00;
- период ремиссии составлял ≤ 1 год, как на фоне адекватной поддерживающей психофармакологической терапии, так и без таковой;
- возраст пациентов 25–55 лет;
- длительность течения заболевания у всех респондентов более 5 лет;
- длительность врачебного наблюдения более 2 лет. Период повторного стационарного лечения составлял 3 недели и более;
- наличие заключения медико-социальной экспертизы о нетрудоспособности по причине наличия параноидной шизофрении
- наличие среднего, среднего специального или высшего образования, и до развития психического расстройства были трудоустроены.

Критерии исключения:

- диагностированные формы шизофрении, не подходящие под критерии диагноза шизофрении непрерывного типа течения согласно МКБ-10;
- коморбидность с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Методы исследования:

- полуструктурированное интервью;
- опросник индекса жизненного стиля Келлермана-Плутчика-Конте;
- шкала PANSS
- программа по статистической обработке данных SPSS Statistics;
- тест Колмогорова-Смиронова;
- расчет описательных статистик;
- тест Стьюдента для не связанных выборок;
- расчет коэффициента корреляции Крамера;
- факторный анализ.

Результаты и их обсуждение: По результатам исследования респонденты распределились следующим образом: по гендерному признаку – мужчины и женщины составили 50% в каждой группе соответственно. В возрастном аспекте среди мужчин доминировала возрастная группа 35–55 лет (63,3%), среди женщин – 20–35 лет (56,6%). В социальном аспекте среди мужчин доминировали лица, не состоящие в браке (86,6%), тогда как для женщин доминирующим являлось замужнее семейное положение (93,3%). В ходе факторного анализа позитивных и негативных симптомов были выделены следующие факторные группы: 1 группа – галлюцинации (0,928), соматическая озабоченность (0,903), бред (0,882), чувство вины (0,839), загруженность психическими переживаниями (0,783), напряженность (0,768); 2 группа – притупление аффекта (0,947), моторная заторможенность (0,864), малоCONTACTность (0,826), активная социальная устранимость (0,806), эмоциональная отгороженность (0,765), расстройство мышления (0,674); 3 группа – нарушение внимания (0,855), идеи величия (0,760), подозрительность (0,752), тревога (0,642), враждебность (-0,637), трудность в общении (-0,569); 4 группа – дезориентированность (0,878), нарушение абстрактного мышления (0,838), ослабление контроля импульсивности (0,564); 5 группа – стереотипность мышления (0,926), нарушение спонтанности и плавности речи (0,760), снижение критичности к своему состоянию (0,637).

В ходе статистической обработки данных было установлено, что продолжительность заболевания не имеет какой-либо достоверности в зависимости от пола респондентов, тогда как для пациентов, состоящих в браке, этот период составлял $4,00 \pm 0,356$ года с доминированием 3-го фактора ($0,372493 \pm 0,0$), в отличие от пациентов, не имеющих семьи ($6,56 \pm 0,693$), где доминировал фактор 1 ($0,16 \pm 0,178$).

Стоит отметить, что в зависимости от продолжительности заболевания имеет место закономерная динамика чередования факторных групп: фактор 3, фактор 4, фактор 2, фактор 5, фактор 1. $R=0,70$ ($p<0,01$).

Что касается механизмов психологических защит, то между их общей напряженностью и продолжительностью расстройства статистически достоверных связей обнаружено не было. Однако была определена прямая зависимость между ОНЗ и фактором 3 $r=0,37$ ($p<0,05$) и обратная зависимость между ОНЗ и фактором 4 $r=-0,56$ ($p<0,01$).

Выводы:

Апато-абулический синдром в своей структуре имеет ряд фокусных симптомо-групп:

- 1 фактор: преимущественно параноидного спектра;
- 2 фактор: преимущественно аутистического спектра;
- 3 фактор: преимущественно неврозоподобного спектра;
- 4 фактор: доминирование аффекта растерянности;
- 5 фактор: преимущественно нарушение функций когнитивного спектра.

Динамика изменения факторных групп симптомокомплексов позволяет рассматривать апато-абулический процесс не как исход процессуального образования, а как динамическое образование, имеющее свои внутренние законы патопсихологического и патогенетического процесса.

Пациенты, состоящие в браке, имеют доминирование неврозоподобных симптомов в отличие от пациентов, не имеющих семьи, для которых более характерна параноидная симптоматика. Данное явление обусловлено, по всей видимости, условиями социализации, которые оказывают непосредственное влияние на течение основного заболевания. Кроме того отмечаются корреляционные зависимости между ОНЗ и факторными группами неврозоподобного спектра симптомов и аффектом растерянности ($r=0,37$ ($p<0,05$) и $r=-0,56$ ($p<0,01$)), что позволяет судить о данных фазах как о личностной реакции пациента на наличие у себя психического заболевания.

Характерное доминирование неврозоподобного и параноидного фактора возможно свидетельствует как о процессе адаптации пациентов на социальном уровне в виде самостигматизации, в то время как остальные факторные группы симптомов являются проявлением процесса адаптации на интрапсихическом уровне (С.О. Федяй: «Клинико-психологические механизмы, обуславливающие особенности структуры апато-абулического синдрома при параноидной шизофрении», сборник материалов IV Российской (итоговой) научно-практической конкурс-конференции студентов и молодых ученых «Авиценна-2013», Новосибирск).

Выявленные клинико-психологические и патогенетические закономерности апато-абулического процесса предоставляют возможность оптимизации дифференциально-диагностического и терапевтического процесса для пациентов страдающих параноидной шизофренией.

Зинчук М.С.

Преморбидные особенности больных параноидной шизофренией с различной выраженностью негативной симптоматики

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения РАМН, Томск

Введение: Современные эпидемиологические данные свидетельствуют о широкой распространенности негативных расстройств у больных шизофренией и однозначном преобладании ремиссий с негативными изменениями над ремиссиями с резидуальными позитивными расстройствами. Это имеет существенное значение, так как именно выраженность дефицитарных расстройств во многом определяет выбор реабилитационной программы. До настоящего времени не разработано надежного инструмента, позволяющего уже на раннем этапе заболевания прогнозировать выраженность негативных расстройств в отдаленном периоде. Вкладом в решение данной проблемы может стать выявление особенностей преморбидного функционирования у пациентов с различной выраженностью негативных расстройств.

Целью настоящего исследования явилось выявление преморбидных особенностей больных шизофренией с различной выраженностью негативных и паранегативных расстройств.

Материалы и методы: Объектом изучения явились пациенты, проходившие стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН в период с 2007 по 2010 г., состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям параноидной формы шизофрении по МКБ-10. Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст от 18 до 54 лет; диагноз «шизофрения, параноидная форма», установленный в соответствии с критериями МКБ-10; давность заболевания на момент обследования не менее 5 лет; способность дать письменное информированное согласие. В качестве основных методов исследования использовались клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, клиничко-катамнестический, физикальный, статистический.

Регистрация психопатологической симптоматики проводилась по шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS).

В соответствии с критериями отбора в группу исследования вошли 120 пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения». По типу течения заболевания они распределились следующим образом: преобладал эпизодический тип с нарастающим (55,8%) и стабильным дефектом (36,7%), реже встречался непрерывный тип течения (7,5%).

Анализ исследуемой группы по полу выявил практически одинаковое количество мужчин и женщин: 59 и 61 соответственно. Средний возраст больных составил 34 года \pm 9,02. Давность заболевания в среднем – 11 лет \pm 6,3 года. Анализ частоты обращения в стационар выявил, что среднее число госпитализаций за период заболевания к моменту обследования составило $8 \pm 3,8$.

Результаты и обсуждение: Для изучения клинической структуры и динамики негативной и паранегативной симптоматики все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от выраженности негативной симптоматики по шкале PANSS на момент поступления. Группа пациентов с уровнем негативных расстройств выше 60 баллов (в дальнейшем будет именоваться «группа А») составила 66 человек, 54 человека с показателями по общему баллу негативных симптомов менее 60 вошли в «группу Б».

При изучении данных о наследственной отягощенности только в группе А выявлены пациенты, у которых больны были как близкие, так и дальние родственники, что свидетельствует в пользу их большей наследственной отягощенности.

Индивидуальные особенности пациентов в детском возрасте, такие как родовая травма, чаще встречавшаяся у пациентов группы А (19,7%), чем группы Б (16,7%), отставание в психическом и физическом развитии, неврологические стигмы, выявленные только у больных группы А (7,6%), несомненно, вносили свой вклад в худшую переносимость антипсихотиков пациентами первой группы.

При изучении характера отношений пациентов с родителями установлено, что в группе А (80,3%) чаще, чем в группе Б (66,7%), встречались зависимые отношения и только здесь были выявлены отношения с формированием коалиций (13,6%). У пациентов группы Б достоверно чаще ($p < 0,01$) встречались адекватные возрасту и конфликтные отношения с родителями. Характер взаимодействия со сверстниками в обеих группах чаще всего был дистанцирующимся, среди пациентов из группы Б в 33,3%, выявлялось стремление к лидерству, только в группе А встречались отношения по типу «жертвы» (7,6%). Полученные данные свидетельствуют об имевшей место еще до заболевания социальной несостоятельности пациентов группы А, проявлявшейся в несамостоятельности, зависимости от родителей, боязни конфликтов с окружающими.

У трети пациентов обеих групп структура семьи характеризовалась эмоциональным отчуждением. На уровне тенденции в группе А чаще встречались отношения в семье по типу «псевдовзаимности» и «расщепленного брака с формированием коалиций», а в группе Б – по типу «фиксированных ролевых структур». В группе А достоверно ($p < 0,01$) чаще встречался маятниковообразный стиль воспитания и на уровне тенденции – эмоциональное

отвержение. В группе Б достоверно чаще встречалось воспитание в условиях повышенной моральной ответственности ($p < 0,01$) и гипоопека ($p < 0,05$), а на уровне тенденции – потворствующая и подавляющая гиперопека. Таким образом, семьи пациентов группы А с эмоциональным отчуждением, псевдовзаимностью, расщеплением брака с последующим формированием коалиций в сочетании с маятникообразным типом воспитания приводили к чередованию периодов эмоциональной сверхвовлеченности с периодами критичного или безразличного отношения. Данный паттерн способствовал формированию высокого уровня «эмоциональной экспрессии», что негативно сказывается на адаптационном потенциале больных.

Преморбидный склад личности пациентов группы А чаще был шизоидным – 25,8% или истеро-шизоидным – 19,7% ($p < 0,05$) и тревожно-уклоняющимся – 13,6%. В преморбидном складе личности пациентов группы Б преобладали истерические (19,7%) и паранойяльные (18,6%) ($p < 0,05$) и истеро-паранойяльные черты (9,3%). Таким образом, пациентов группы А отличали тормозимые черты характера, в то время как для группы Б были более характерны возбудимые. Последние обладали большим социальным потенциалом и способствовали развитию (хоть и достаточно специфичных) навыков общения.

Важным фактором преморбидного периода является уровень профессионального образования: чем он выше, тем, как правило, сохраннее возможности социально-трудовой адаптации. В обеих группах чаще всего встречались пациенты со средним образованием. На уровне тенденции в группе Б чаще встречались лица со средним специальным образованием (33,3% против 21,2%), только в группе А можно было встретить пациентов, которые на момент начала заболевания обучались в индивидуально созданных условиях (12,1%). Анализ профессионального статуса пациентов до заболевания не выявил каких-либо достоверных различий.

Большинство пациентов в обеих группах к началу заболевания не состояли в браке, однако в группе Б чаще встречались женатые и проживающие в незарегистрированном браке больные. Большая часть пациентов, как группы А, так и группы Б, на момент начала заболевания проживали с родителями. Только в группе А встречались пациенты, проживавшие в одиночестве, и только в группе Б такие варианты, как «больной, супруг, родители» и «больной и супруг».

Пациенты с оптимально компенсированным уровнем социальной адаптации чаще встречались в группе Б (68,5%), чем в группе А (50%). Частота встречаемости компенсированного однонаправленного уровня социальной адаптации до заболевания была практически одинаковой в обеих группах. Парциально компенсированный уровень социальной адаптации досто-

верно ($p < 0,05$) чаще встречался в группе А (42,4%), т. е. уже к началу заболевания социальный статус пациентов группы А был достоверно ниже.

Выводы: Проведенное исследование выявило существенные различия в преморбидных характеристиках больных параноидной шизофренией с различной выраженностью негативных расстройств на отдаленном этапе течения заболевания. Так, у пациентов с большей выраженностью первичной и вторичной негативной симптоматики регистрировались следующие особенности: наследственная отягощенность психотическими расстройствами среди нескольких близких и дальних родственников, родовая травма, отставание в психическом и физическом развитии, зависимые отношения с родителями с нередким формированием коалиции с одним из них, маятникообразный стиль воспитания, шизоидный или истеро-шизоидный или тревожно-уклоняющийся склад личности, отношения по типу «жертвы» со сверстниками, трудности при обучении в общеобразовательной школе, проживание в одиночестве, и парциально компенсированный уровень социальной адаптации на момент начала заболевания.

Зубов Д.С.

Комплексная клиничко-динамическая оценка выраженности побочных эффектов у больных, страдающих параноидной шизофренией, осложненной терапевтической резистентностью, получающих электросудорожную терапию в сочетании с атипичными антипсихотическими средствами

ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Цель исследования: Целью настоящего исследования являлась комплексная клиничко-динамическая оценка выраженности побочных эффектов у больных, страдающих параноидной шизофренией, с выявленной терапевтической резистентностью, в условиях монотерапии атипичными антипсихотиками (АА) и комбинированной терапии атипичными антипсихотическими средствами с присоединением электросудорожной терапии (ЭСТ).

Материал и методы исследования: В нашем исследовании оценивалась динамика в состоянии 52 больных параноидной шизофренией с признаками терапевтической резистентности к АА, получавших курсы ЭСТ в отделении биологической терапии психически больных СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Критериями включения больных в исследование являлся диагноз параноидной шизофрении, приступообразный (эпизодический) тип течения

и наличие терапевтической резистентности, устанавливающейся по следующим критериям: незначительное снижение тяжести продуктивных психопатологических расстройств или полное отсутствие положительной динамики в состоянии больного после последовательной терапии двумя или более антипсихотиками различных фармакологических групп в течение 6–8 недель в средних терапевтических или максимально допустимых дозировках.

Больные были разделены на две схожие по демографическим и клиническим характеристикам группы. Первую группу составили больные, получавшие таблетированные формы АА (рисперидон – от 4 до 8 мг/сут, оланзапин – до 30 мг/сут, инвега – $8,3 \pm 4,41$ мг/сут) в сочетании с ЭСТ. Во вторую группу вошли больные, получавшие АА (рисперидон от 4 – до 8 мг/сут, оланзапин – до 30 мг/сут, кветиапин до 700 мг/сут) в качестве монотерапии. Наблюдение больных осуществлялось в динамике: наличие и выраженность побочных эффектов оценивались на 7-й, 14-й, 21-й и 28-й день терапии. Степень выраженности побочных эффектов определялась по Шкале оценки побочного действия – UKU (Side-Effect Rating Scale), согласно которой она делится на легкую (1 балл), умеренную (2 балла) и тяжелую (3 балла).

Результаты исследования и обсуждение: У исследуемых больных в соответствии со шкалой UKU изучались следующие группы побочных эффектов: неврологические, психические и автономные. В проводимом нами исследовании было установлено, что выраженность неврологических побочных эффектов при монотерапии АА в конце второй недели терапии соответствовала $1,05 \pm 0,14$ балла по шкале UKU. Различий по этому показателю при применении комбинированной терапии (АА + ЭСТ) обнаружено не было – выраженность неврологических побочных эффектов составила $1,05 \pm 0,13$ балла. Оценка спектра выраженности неврологических побочных эффектов также не выявила существенных различий между группами сравнения. Исключение составил показатель «ригидность», который при применении комбинированной терапии (АА + ЭСТ) был в 2 раза ниже, чем при использовании монотерапии АА, $0,22 \pm 0,13$ и $0,42 \pm 0,27$ балла соответственно.

К концу третьей недели наблюдения у больных, получавших комбинированную терапию, показатель выраженности неврологических побочных эффектов составил $0,43 \pm 0,25$ балла, при монотерапии нейролептиками второй генерации – $0,66 \pm 0,15$ балла. У больных, к лечению которых была добавлена ЭСТ, отмечалась не только меньшая выраженность неврологической побочной симптоматики, но и более быстрая ее редукция. Так, при приеме АА в качестве монотерапии ослабление неврологических побочных эффектов в 1,6 раза наблюдалось к концу четвертой недели лечения. В то же время при проведении ЭСТ на фоне приема АА снижение выраженности неврологической симптоматики в 2,4 раза удавалось достичь на неделю раньше (к концу тре-

тью недели терапии). Аналогичные результаты демонстрировали показатели «тремор» и «акатизия», которые к концу третьей/четвертой недели терапии снизились при комбинированной терапии в 7,1 и 2 раза, а при монотерапии за тот же период наблюдения – в 1,6 и 1,2 раза соответственно. Исключение составили лишь явления гипокинезии, выраженность которых при комбинированной терапии несколько возросла.

Выраженность психических побочных эффектов в группе больных при применении АА + ЭСТ и АА в качестве монотерапии к концу второй недели наблюдения составила $2,84 \pm 1,33$ и $2,94 \pm 1,43$ балла соответственно, к концу третьей/четвертой недели – $2,24 \pm 1,15$ и $2,24 \pm 1,25$ балла, что не превышает умеренную степень выраженности побочных эффектов по шкале UKU, однако значительно превосходит выраженность неврологических побочных эффектов.

Спектр выраженности психических побочных эффектов к концу второй недели терапии не выявил существенных, достоверно значимых различий между группами сравнения.

При применении комбинированной терапии ЭСТ и АА отмечалась тенденция к более быстрой редукции психических побочных эффектов по сравнению с монотерапией АА. Выраженность психических побочных эффектов у больных, получавших АА + ЭСТ, снизилась до $2,24 \pm 1,15$ балла к концу третьей недели наблюдения, в то время как у пациентов с монотерапией АА аналогичный показатель ($2,24 \pm 1,25$ балла) регистрировался только к концу четвертой недели терапии.

Выраженность автономных побочных эффектов к концу второй недели наблюдения составила $1,34 \pm 0,12$ балла при применении АА + ЭСТ и $2,11 \pm 1,15$ балла при монотерапии АА. К концу третьей недели этот показатель достиг в группах сравнения $0,31 \pm 0,28$ и $1,77 \pm 0,65$ балла соответственно.

Степень выраженности автономных побочных эффектов у больных, получавших монотерапию АА, была выше по сравнению с группой комбинированного лечения, которое способствовало более интенсивной и быстрой редукции автономных побочных эффектов. Так, выраженность автономных побочных эффектов к концу третьей/четвертой недели монотерапии АА уменьшилась в 1,2 раза (с $2,11 \pm 1,15$ до $1,77 \pm 0,65$ балла), а присоединение ЭСТ привело к снижению аналогичного показателя в 5,7 раза (с $1,77 \pm 0,65$ до $0,31 \pm 0,28$ балла) уже на третьей неделе лечения.

Выраженность автономных побочных эффектов к концу третьей/четвертой недели терапии стала значительно меньше в обеих группах наблюдения.

Выводы: Использование ЭСТ в качестве средства преодоления терапевтической резистентности у больных параноидной шизофренией, получающих атипичные антипсихотики, является безопасным.

Выраженность неврологических побочных эффектов при комбинированной терапии ЭСТ и АА к концу периода наблюдения соответствует легкой степени по шкале UKU, и в 1,6 раза ниже соответствующего показателя при проведении монотерапии АА.

Выраженность автономных побочных эффектов к концу периода наблюдения в 5,7 раза ниже аналогичного показателя при использовании АА в качестве монотерапии и соответствует легкой степени по шкале UKU.

Редукция неврологических и автономных побочных эффектов при применении ЭСТ в сочетании с АА наступает в более короткие сроки, чем у больных, получавших только атипичные антипсихотики.

Сочетанное применение ЭСТ и психотропной терапии атипичными антипсихотиками не приводит к нарастанию степени выраженности психических побочных эффектов, которые сопоставимы с таковыми при проведении монотерапии АА.

Ильина С.И., Булыгина И.Е.

Прогнозирование и профилактика алкогольной зависимости у больных шизофренией

*Бюджетное учреждение «Республиканский наркологический диспансер»
Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары*

Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость у больных шизофренией представляют собой высоко актуальную проблему современной психиатрии, поскольку встречаются достаточно часто, существенно меняя клинику и течение основного психического расстройства, влияя на эффективность терапии и работу медицинского персонала. Сопутствующая алкогольная зависимость оказывает значительное влияние на окружающих и самого пациента, нарушает социальную адаптацию – повышается число общественно опасных действий и парасуицидов.

Целью исследования стало выявление клинических (проявления и течение болезни), социальных особенностей лиц с шизофренией и факторов, позволяющих прогнозировать потенциальный риск развития социально значимого расстройства – алкогольной зависимости, а также создание рекомендаций по профилактике алкоголизации таких психиатрических пациентов.

Материал и методы: На базе Республиканской психиатрической больницы было обследовано 56 больных шизофренией, среди которых 34 мужчин и 22 женщины в возрасте от 23 до 64 лет. Возраст начала шизофрении

составлял от 15 до 53 лет. Квалификация шизофрении, ее типов течения осуществлялась с учетом критериев, определенных в рамках МКБ-10. Методологической основой нашего исследования было применение клинико-психопатологического подхода; анамнестического – информация, полученная от самих пациентов и из медицинской документации; стандартизованная оценка психического состояния – тест CAGE (выявление злоупотребления алкоголем посредством диагностики состояния хронической алкогольной интоксикации).

Результаты и их обсуждение: Опрос по данной методике показал, что у 64% испытуемых можно предположить систематическое употребление алкоголя, а у 18% оно приближается к состоянию зависимости. В ходе исследования выяснено, что в развитии алкогольной зависимости у больных шизофренией участвует комплекс биологических, социальных и психологических факторов. Большинство факторов риска развития зависимости у больных связано с психическим расстройством и может быть отнесено к психиатрическим предикторам: аффективные состояния (депрессия, тревога), когнитивные нарушения (снижение критики и волевые нарушения (социальная подчиняемость)). Психологические (личностные) факторы включают неадаптивные стратегии совладания и потребность в поиске ощущений, что ведет к дезадаптации, и злоупотребление развивается как попытка самолечения симптомов и побочных эффектов лекарств. 36% пациентов сообщают, что они используют алкоголь, чтобы облегчить общий дискомфорт от расстройства, бедность эмоций, ангедонию, переживание ограничения возможностей и скуку. Выявленные нами анамнестические факторы – неполная семья, разводы, поздний возраст инвалидизации (62%), как причина снижения материального обеспечения и социального статуса, отражают социальные последствия психической болезни. 78% опрошенных испытывают недостаток поддержки семьи, что ведет к ее поиску в группе зависимых от алкоголя лиц. Только 5 человек из опрошенных имеют место работы, а невозможность трудоустроиться также способствует маргинализации психиатрических пациентов.

Выводы: Учет факторов риска обеспечивает возможность не только прогнозирования и раннего выявления, но и профилактики сопутствующей алкогольной зависимости у больных шизофренией. Выявленные предикторы развития алкогольной зависимости: психиатрические (связанные с заболеванием) возможно модифицировать психофармакотерапией; личностные (связанные с поведенческими особенностями) – путем выявления и психологической коррекции их проявлений; уменьшить вклад социально-демографических факторов риска возможно в результате социотерапевтических мероприятий.

Илюшина Е.А.

Динамические особенности бредовых и сверхценных образований с учетом механизмов их синдромообразования

ГНЦССП им. В.П. Сербского, Москва

Цель исследования: Выявление динамических закономерностей механизмов синдромообразования бредовых и сверхценных образований для последующего выделения критериев разграничения данных феноменов в рамках различных нозологических единиц.

Материал и методы: Обследовано 94 подэкспертных с бредовыми и сверхценными образованиями, проходивших стационарную экспертизу в Центре В.П. Сербского с 2009 по 2013 г. Первоначально было выделено 4 группы испытуемых: с чувственным (26), интерпретативным (16), образным (26) бредом и сверхценными образованиями (26). Использовались клинико-психопатологический и статистический методы исследования.

Результаты: Как замечал А.А. Меграбян (1972), в процессе клинического течения психоза наблюдаются известная «предпочтительность» и специфичность определенных синдромов и их взаимопереходов. По его мнению, отнесение какого-либо синдрома к тому или иному заболеванию должно быть обусловлено определенными механизмами синдромообразования, а также их видоизменением в течение заболевания.

Первый вариант чувственного и образного бреда встречался преимущественно в структуре параноидной шизофрении. При данном заболевании имелся закономерный переход чувственного бреда в образный. В начале заболевания формировался этап чувственного бреда, обусловленный нарушением чувственного познания, который выражался в мгновенном непосредственном переживании нового значения, смысла случайных явлений, предметов и ситуаций, доступных восприятию, носящему характер «интуитивной», «символической» «догадки» и направленному на собственную личность больного. Затем к имеющимся бредовым переживаниям часто присоединялись слуховые обманы восприятия (в основном псевдогаллюцинации), которые подвергались вторичной бредовой интерпретации. Кроме вторичных интерпретаций других психопатологических симптомов (бредоподобные состояния по К. Ясперсу, «объясняющий» бред по К. Вернике) в построении бредовых идей участвовали психогенные интерпретации, которые отражали реакцию личности на измененное содержание сознания (на первичные бредовые построения). Переход чувственного бреда в образный определялся присоединением к уже существующим механизмам бредообразования патологии воображения, проявлявшейся в непро-

извольном, неосознанном (аутохтонном) возникновении образных представлений (имеющих отношение к настоящему, прошлому (конфабуляции) или будущему), а также в смещении и искажении границ реального и нереального. Усложнение бредовой симптоматики происходило также за счет «вторичной» бредовой интерпретации психических автоматизмов. Также у больных с образным бредом наряду с патологией воображения выявлялись механизмы, характерные для предыдущего этапа развития (чувственного бреда). В итоге конечная структура образного бреда во многом определяется характером предшествующего этапа.

Второй вариант чувственного бреда входил в структуру галлюцинаторно-бредового синдрома при хроническом бредовом расстройстве (F22.08). В единичных случаях он был обнаружен у больных с хроническим алкогольным галлюцинозом. Во многих случаях первоначально на протяжении некоторого времени у больных наблюдался слуховой галлюциноз без определенного бредообразования. В центре синдрома находились истинные слуховые галлюцинации, сопровождавшиеся выраженным аффектом страха, тревоги, аффективным напряжением, а также периодами психомоторного возбуждения. Дальнейшее развитие заболевания характеризовалось присоединением к слуховым обманам восприятия, «требующим» объяснения, вторичных бредовых идей. Последние были идентичны по содержанию галлюцинациям и сюжетно с ними связаны. В данном случае бредовое убеждение целиком основывалось на чувственном галлюцинаторном опыте и возникало благодаря такому механизму бредообразования, как «вторичные бредовые интерпретации».

Второй вариант образного бреда был характерен для дефицитарных состояний больных с выраженной органической симптоматикой. В основном больным устанавливался диагноз: «деменция в связи со смешанными заболеваниями с бредовыми симптомами», также встречались «органическое бредовое шизофреноподобное расстройство» и «амнестический синдром в связи с алкогольной зависимостью». Здесь воображение приобретало патологический характер благодаря нарастающему интеллектуально-мнестическому снижению, достигающему во многих случаях степени слабоумия и нарушающему контролируемую функцию сознания. При неспособности больных к точному воспроизведению действительности и четкому разграничению реальных образов от фантастических, возникающие в процессе воспоминания провалы заполнялись образами фантазий и вымыслами. Они все больше погружались в фантастический мир и принимали за реальные воспоминания представления, являвшиеся продуктом фантазии (конфабуляция). Однако прогрессирование слабоумия приводило к затруднениям и даже полной утрате способности к фантазированию, что сопровождалось

упрощением бредовой симптоматики с ограничением ее отдельными, бедными по содержанию фантастическими идеями, хотя и отличавшимися сверхстойкостью.

У больных *синтерпретативным бредом* преобладал диагноз хронического бредового расстройства, также устанавливались паранойяльная и параноидная шизофрения, острое транзиторное психотическое расстройство. В основе образования бредовых построений обнаруживалось нарушение рационального познания с тенденцией больных к сопоставлению несопоставимых фактов, имевших экзистенциальную направленность, их накоплению, систематизации, что было основано на так называемой «кривой логике», «паралогике», «логическом» сдвиге», носящих иррациональный характер. Во многих случаях наряду с превалированием вышеописанных механизмов бредообразования обнаруживались эпизодичные, единичные, не отличавшиеся диффузностью проявления нарушений чувственного познания в виде отдельных элементов чувственного бреда (бредовые восприятия, отрывочные идеи особого значения, вербальные и зрительные иллюзии, рудиментарные слуховые обманы восприятия). Это заставляло предположить в течение болезни возможность редуцирования проявлений нарушения чувственного познания с созданием клинической картины интерпретативного бреда.

Несмотря на то что в основе синдромаобразования *сверхценных образований (СЦ)* лежал один и тот же кататимный механизм, динамика данных феноменов зависела от патологической почвы, в структуре которой они возникали. СЦ в рамках стабильного состояния, проявлявшиеся различного рода увлечениями с идеями реформаторства и изобретательства, переживаниями переоценки своих биологических свойств, сутяжной деятельностью, встречались при расстройствах личности, органическом расстройстве личности, паранойяльной шизофрении. При выраженном гиперстеническом компоненте наблюдалось быстрое смещение от тенденциозно-мыслительного процесса к практическим действиям, которые занимали доминирующее значение в системе субъективных ценностей больных. Уход в ту или иную деятельность мог фиксироваться как способ эмоциональной разрядки, становясь инструментом аддиктивного бегства от реальности. СЦ в рамках реакции, проявлявшиеся при расстройствах личности (в том числе и органической этиологии), формировались вследствие реально существовавшей психогении либо субъективного восприятия ситуации как психотравмирующей. В случае благоприятного исхода при исчезновении вызвавшей их причины или изменении к ней отношения переживание могло стать неактуальным для больного и терять сверхценный характер (*регрессиентный* тип течения СЦ). Некоторым подэкспертным был свойственен *ремиттирующий* тип течения, при котором СЦ-реакции приобретали характер сте-

реотипного реагирования на психотравмирующие ситуации, которое отличалось обратимостью личностных нарушений при улучшении жизненной ситуации. В случае неблагоприятного исхода наблюдался *прогредиентный* тип течения, характеризовавшийся значительной длительностью расстройства, постепенным усложнением симптоматики и переходом в патохарактерологическое развитие, достигавшее психотического уровня.

Выводы: В ходе исследования подтверждено, что структурно-динамические особенности тех или иных вариантов бреда, а также сверхценных образований отражают механизмы их синдрообразования, определяемые нозологической принадлежностью феномена. Учет закономерностей развития данных психопатологических образований наряду с оценкой их структуры и механизмов формирования облегчают их дифференциацию. Так, для бредовых состояний при шизофрении свойственно отражение в динамике присоединения к нарушениям чувственного познания «вторичных» и «психогенных» интерпретаций, а также патологии воображения. При бреде в структуре галлюцинаторно-бредового синдрома вербально-галлюцинаторный компонент предшествует последующему возникновению бреда благодаря механизму вторичных бредовых интерпретаций. Характер бредовых расстройств в рамках дефицитарного синдрома (преимущественно экзогенно-органической этиологии) зависит от степени прогрессирования слабоумия, влияющего на особенности нарушения воображения. Интерпретативному бреду практически на всем протяжении заболевания свойственно нарушение рационального познания с возможными проявлениями патологии чувственного познания. Динамика сверхценных образований зависит от психопатологической почвы, на которой они развивались, от развитости компенсаторных механизмов и способностей преодоления психотравмирующих ситуаций. Она выражается в стабильном, регрессивном, ремиттирующем и прогредиентном типах течения.

Микилев Ф.Ф.

Особенности ипохондрической симптоматики при расстройствах шизофренического спектра

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения РАМН, Томск

Введение: В настоящее время расстройства шизофренического спектра продолжают занимать особое место среди всех форм психической пато-

логии в связи с достаточно высокой распространенностью, при этом в их структуре ипохондрическая симптоматика является не только одной из наиболее часто встречающихся, но и трудно поддающейся лечению формой психической патологии [1, 2].

Несмотря на то, что различные аспекты психопатологии шизофренических расстройств с ипохондрическими включениями достаточно подробно освещались в многочисленных публикациях как отечественных, так и зарубежных авторов, до настоящего времени не существует единой точки зрения относительно роли ипохондрической симптоматики при расстройствах шизофренического спектра [3].

В связи с этим нами было проведено настоящее научное исследование.

Целью исследования являлось изучение адаптационных возможностей и качества жизни пациентов, страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством с ипохондрической симптоматикой, в зависимости от клинико-динамических особенностей течения заболевания и их конституционально-морфологических характеристик, а также разработка дифференцированных реабилитационных программ для данной категории пациентов.

Материалы и методы: Результаты работы основаны на исследовании, проведенном на базе отделения эндогенных расстройств ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. Для исследования отбирались пациенты среди тех, кто проходил лечение в отделении в период с 2010 по 2013 г., и состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении и шизотипического расстройства по МКБ-10. В соответствии с критериями включения и исключения в основную группу вошли 120 пациентов, в структуре расстройств у которых, наряду с типично шизофреническими нарушениями, присутствовала выраженная ипохондрическая симптоматика. Группу сравнения составили 50 пациентов с аналогичными диагнозами и давностью заболевания, но без ипохондрической симптоматики. В обеих группах преобладали пациенты с параноидной шизофренией – 44,2% (53 человека) и 50% (25 человек) соответственно ($p > 0,05$). В основной группе преобладали мужчины (58,3%, или 70 человек), а в группе сравнения – женщины (56,0% или 28 человек), при этом различия по полу между группами не имели статистической значимости ($p > 0,05$). Возраст исследуемых пациентов колебался от 19 до 54 лет включительно. Возраст пациентов с шизофренией в основной группе составил $36,8 \pm 9,9$ года, а в группе сравнения – $31,7 \pm 9,9$ года, что являлось статистически значимым отличием между группами ($p < 0,05$); пациенты исследуемых групп, страдающие шизотипическим расстройством, не имели статистически значимых различий по возрасту (средний возраст составил $34,3 \pm 11,5$ года и $29,9 \pm 8,7$ года соответственно; $p = 0,1924$).

Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, физикальный, антропометрический и статистический. В качестве инструментов исследования использовались модифицированный вариант Базисной карты стандартизированного описания больного шизофренией и родственника [4], Шкала общего клинического впечатления [5], Шкала позитивных и негативных синдромов [6], Опросник качества жизни «ВОЗКЖ-100» [7], Шкала оценки негативных расстройств у больных шизофренией в ремиссиях [8], Опросник оценки социального функционирования и качества жизни психически больных [9], Опросник субъективной удовлетворенности лечением [10], антропометрическое обследование пациентов по методике В. В. Бунака [11].

Результаты и их обсуждение: Наличие ипохондрической симптоматики определяет следующие клинические особенности течения расстройств шизофренического спектра.

Ипохондрическая симптоматика у пациентов, страдающих шизофренией, зачастую возникала в период манифестации заболевания (62,8% случаев), что имело статистически значимые отличия ($p < 0,01$) от пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, у которых ипохондрическая симптоматика зачастую отмечалась уже в инициальный период (58,0% случаев) и сохранялась на протяжении всего заболевания, протекая волнообразно, с тенденцией к постепенному нарастанию.

У пациентов с шизофренией ипохондрическая симптоматика обычно постепенно нарастала, достигая максимума на отдаленных этапах заболевания, поэтому средняя длительность заболевания у них на момент обследования составила $13,9 \pm 8,8$ года, что являлось статистически значимым отличием ($p = 0,0008$) от группы сравнения, где у таких пациентов она составила $8,0 \pm 6,5$ года. Пациенты из исследуемых групп, страдающие шизотипическим расстройством, не имели статистически значимых различий по данному признаку ($p = 0,5383$): в основной группе – $10,6 \pm 9,5$ года, в группе сравнения – $7,6 \pm 5,9$ года.

Клиническая картина обострений у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, часто определялась деперсонализационно-дереализационным синдромом (7,5% в основной группе и 2,8% в группе сравнения, $p = 0,0147$), который зачастую протекал с наличием так называемых экзистенциальных кризов.

На момент поступления пациенты основной группы статистически значимо отличались ($p < 0,05$) от пациентов группы сравнения более высокими баллами по кластеру «Депрессия» Шкалы PANSS (в интерпретации С.Н. Мосолова [12]): средний уровень у них составил 62 Т-балла («выше среднего значения»), а в группе сравнения – 57 Т-баллов («незначительно

выше среднего значения»). Этот факт говорит о том, что ипохондрические расстройства имеют определенное сходство с депрессивными состояниями в своих проявлениях, и должен настораживать психиатров в плане возможного присутствия ипохондрической симптоматики у пациентов, имеющих высокий балл по кластеру «Депрессия».

У пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, наблюдалось преобладание негативных расстройств по типу «искажения» в эмоциональной, ассоциативной, и особенно волевой сфере (45,0% по сравнению с 20,0% в группе сравнения; $p < 0,05$), где они сопровождались различными нарушениями активности и поведения, зачастую обусловленными ипохондрическими переживаниями.

Выводы: Результаты настоящего исследования позволяют судить о некоторых особенностях течения шизофрении и шизотипического расстройства с ипохондрической симптоматикой, что может быть использовано в реализации дифференцированных программ реабилитации данной категории пациентов.

Список литературы:

1. Мухаметишина З.Ф. Социально-средовая адаптация и качество жизни больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / З.Ф. Мухаметишина // *Российский психиатрический журнал*. – 2008. – № 4. – С. 70–73.
2. Даниленко О.А. Влияние истероформной симптоматики на течение и динамику социального статуса больных шизофренией и шизотипическим расстройством / О.А. Даниленко // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2011. – № 2 (65). – С. 22–26.
3. Дубницкая Э.Б., Волель Б.А., Серебрякова Е.В. Небредовая ипохондрия: история и современное состояние проблемы (обзор литературы) / Э.Б. Дубницкая, Б.А. Волель, Е.В. Серебрякова // *Психиатрия*. – 2008. – № 1. – С. 44–54.
4. Рицнер М.С., Логвинович Г.В., Корнетов Н.А., Красик Е.Д., Залевский Г.В. Базисная карта стандартизованного описания пробанда и родственника / М.С. Рицнер, Г.В. Логвинович, Н.А. Корнетов, Е.Д. Красик, Г.В. Залевский. – Томск, 1985.
5. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology / W. Guy // *Rev. Rockville, MD: U.S. National Institute of Health, Psycho-pharmacology Research Branch*. – 1976. – P. 218 – 222.
6. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S.R. Kay, A. Fiszbein, L.A. Opler // *Schizophr. Bull.* – 1987. – 13(2). – P. 261 – 276.
7. WHOQOL user manual. – Geneva: World Health Organization, 1998.

8. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Социально-трудовая адаптация больных приступообразной шизофренией: монография / Е.Д. Красик, Г.В. Логвинович. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1991. – 185 с.
9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 35–40.
10. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре: методические рекомендации / Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид. – СПб.: Изд-во СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2007. – 19 с.
11. Бунак В.В. Антропометрия. Практический курс / В.В. Бунак. – М.: Учпедгиз, 1941. – 367 с.
12. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С.Н. Мосолов. – М.: Новый цвет, 2001. – 238 с.

Сорокин С.А.

Клинические особенности шизофрении, протекающей с формированием апатических депрессий

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Актуальность исследования: В настоящее время, несмотря на высокий интерес к аффективной патологии, проблема апатических депрессий остается недостаточно изученной. Большинство исследований посвящено изучению течения либо заболеваний аффективного круга [1] либо органической психической патологии [2]. При изучении шизофрении апатические расстройства чаще всего рассматриваются в рамках негативного симптомокомплекса в контексте реабилитации психически больных [3], либо в рамках постприступных депрессий [4]. При этом апатические депрессии, формирующиеся в рамках аффективных приступов шизофрении, остаются вне поля зрения исследователей. Также практически не изучены динамические особенности шизофрении с наличием подобных приступов.

Цель исследования: Определение клинических особенностей шизофрении, протекающих с формированием аффективных приступов с доминированием в их картине апатических расстройств, оценка прогностических значимости выявленных параметров.

Материал и методы: В исследовании приняло участие 36 больных с диагнозом рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофрении (15 мужчин, 21 женщина, средний возраст 38,7 года), с наличием на момент исследования актуального депрессивного состояния умеренной или тяжелой степени выраженности, с доминированием в его картине апатических расстройств (шифр по МКБ-10: F20.01, F20.03, F21.3, F21.4). Апатические депрессии представляли собой либо самостоятельный приступ/фазу, либо формировались в рамках сложного аффективного приступа в результате видоизменения иной по структуре депрессии (из исследования исключались случаи, которые могли быть расценены как постпсихотические депрессии в рамках аффективно-бредовых приступов). Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический.

Результаты проведенного исследования: Нозологические формы сопоставлялись с типологическими разновидностями апатических депрессий, выделенными на более раннем этапе исследования: депрессии с преобладанием снижения интересов (I тип), с преобладанием снижения инициативы (II тип), с преобладанием волевого снижения (с 2 подтипами – простые апатические – IIIа подтип и апато-динамические депрессии – IIIб подтип). Клинические и динамические особенности шизофрении сравнивались по следующим критериям: степень прогредиентности эндогенного процесса, частота фазо- и приступообразования, длительность и качество ремиссий, характер психотической симптоматики в динамике болезни, закономерности смены аффективных радикалов в структуре разных депрессий при многоприступном течении шизофрении, динамика изменения личностных и социально-трудовых показателей, динамика собственно апатических проявлений (как внутри отдельного приступа, так и в течении болезни в целом). При оценке динамики проявлений апатии было выявлено, что в одних случаях она меняется лишь по глубине, степени выраженности, при сохранении ее психопатологической структуры, либо меняется удельный вес апатических расстройств в психопатологической картине состояния. В других наблюдениях апатические проявления претерпевают не только количественные, но и качественные изменения – картина апатии усложняется, становится более атипичной, происходит изменение одного типа апатической депрессии на другую.

В соответствии с приведенными критериями было выделено 2 клинические группы шизофрении.

I. Шизофрения с развитием апатических депрессий, протекающих в качестве самостоятельных приступов/фаз (17 наблюдений, средний возраст 34,8 года, средняя длительность заболевания 12,7 года, среднее число состояний – 4, из них 2 фазы и 2 приступа).

Течение шизофрении в этой группе имело определенное сходство с динамикой биполярного аффективного расстройства, в рамках которого развиваются апатические депрессии: особенности течения зависели от полярности аффективных фаз. Так, случаи с монополярным вариантом отличались меньшей частотой фазообразования, длительными многолетними ремиссиями, тяготели скорее к рекуррентному, нежели к приступообразно-прогредиентному варианту течения шизофрении, в отличие от наблюдений с биполярной сменой аффективных состояний, которые отличались большим количеством фаз/приступов, несмотря на меньшую среднюю длительность заболевания, короткими ремиссиями, течение в ряде случаев приближалось к континуальному, во всех наблюдениях речь шла о приступообразно-прогредиентном течении шизофрении. Несмотря на это, течение заболевания в целом в этой группе было оценено как относительно доброкачественное: имела место малая степень прогредиентности процесса, что касалось как отсутствия глубоких дефицитарных проявлений, изменений социально-трудового статуса, так и формирования расстройств, отражающих непрерывный характер шизофренического процесса (неврозо- и психопатоподобных – сенесто-ипохондрических, обсессивно-фобических, истероформных), которые также не достигали значительной степени выраженности. Психотические приступы, имевшие место в анамнезе в 6 наблюдениях (32%), были квалифицированы как острые аффективно-бредовые состояния, с высоким удельным весом острого чувственного бреда, развернутыми бредовыми картинками. Несмотря на преобладание в динамике заболевания на всех его этапах депрессий апатической структуры, описаны случаи с чередованием апатических и иных по структуре депрессивных фаз. При этом апатические депрессии всегда занимали полную длительность фазы/приступа, динамика по типу видоизменения психопатологической картины другой по структуре депрессии в этой подгруппе не наблюдалась, в отличие от динамики приступов с хроническими апатическими депрессиями. Во всех наблюдениях типологической разновидностью апатических проявлений являлся вариант с явлениями волевого снижения, по типу простой апатической депрессии (IIIa тип – без явлений выраженной двигательной или идеаторной адинамии). У всех пациентов данной группы на этапе исследования удалось добиться медикаментозной ремиссии, стойкость и высокое качество которых подтверждены катamnестическим наблюдением (срок катamnестического наблюдения не менее 2 лет). На протяжении приступа или от приступа к приступу апатические расстройства менялись только по глубине, степени выраженности, качественного усложнения апатических феноменов у больных данной группы не происходило. Исходя из этого, эту группу можно в целом назвать прогностически благоприятной.

II. Шизофрения с формированием хронических апатических депрессий (19 наблюдений, возраст 41,8 года, средняя длительность заболевания 18,3 года, среднее число состояний 3, из них 2 приступа и 1 фаза).

У больных этой группы течение апатической депрессии приобретало характер хронического, о чем, помимо хронологического фактора, свидетельствовало появление таких особенностей, как нарастание монотонности состояния, утрата глубины и аффективных насыщенных, появление признаков диссоциации между характером высказываемых жалоб и внешним обликом пациентов, выход на первый план явлений негативной аффективности. В отдельных случаях имели место явления амальгамирования депрессивных жалоб в характер пациентов. Ни в одном из наблюдений на момент окончания лечения в стационаре нельзя было говорить о формировании полноценной ремиссии.

Случаи шизофрении с течением апатических расстройств, близким к непрерывному, имели ряд общих особенностей динамики, к которым относится преобладание биполярной формы течения заболевания, коротких ремиссий, значительно большая, по сравнению с первой группой, прогрессивность, что касается как темпов нарастания негативной симптоматики (14 из 19 больных не работали, многие имели группу инвалидности по психическому заболеванию), так и осложнения аффективных расстройств. Депрессии с преобладанием апатии на всем протяжении заболевания, чаще оценивались как приступы (после них появлялась симптоматика, отражающая непрерывный характер течения процесса, либо происходило углубление дефицитарных изменений), в отличие от депрессий иной структуры, которые были квалифицированы как фазы. Важной особенностью динамики заболевания в случаях с многоприступным течением являлся тот факт, что появление апатической депрессии определяло превалирование апатических расстройств во всех последующих приступах (фазах). В динамике отдельных приступов, и от приступа к приступу, апатические расстройства изменялись не только количественно, но и качественно, при этом нарастал удельный вес снижения инициативы и волевого дефицита, депрессии приобретают более атипичный характер. У большинства больных в анамнезе имели место депрессии с наличием всех 3 разновидностей апатического синдрома. Психотические эпизоды у больных этой группы протекают с участием бредовых расстройств, конгруэнтных депрессивному аффекту, интерпретативного бреда в рамках сложных депрессий (ипохондрического, неразвернутого параноидного синдрома), грубой диссоциативной истерической симптоматики, висцеральных галлюцинаций. Хронические апатические депрессии не являлись самостоятельным приступом, а представляли собой этап динамики сложного пролонгирован-

ного приступа, их формирование происходило по типу видоизменения депрессии иной структуры (чаще тревожной). По психопатологической структуре все изученные апатические депрессии относились к вариантам со снижением инициативы (II тип) или с волевым снижением (IIIб тип). Атипичный характер депрессий касался динамического несоответствия между степенью выраженности апатических феноменов и тяжестью депрессий в целом. Так, более сложные по психопатологической картине апатические проявления возникали тогда, когда депрессии становились менее глубокими, теряли аффективную насыщенность, становились монотонными. Исходя из сказанного, эта клиническая группа является наиболее прогностически неблагоприятной.

Выводы: Когорта больных шизофренией с развитием в структуре приступов апатических депрессий является неоднородной, при этом особенности течения заболевания коррелируют с клинико-динамическими признаками как апатических депрессий в целом, так и с особенностями видоизменения собственно апатических проявлений на протяжении заболевания. Наличие в анамнезе аффективно-бредовых приступов, чередование депрессий разной психопатологической структуры, только количественное изменение апатических расстройств на протяжении заболевания определяет более доброкачественное течение как самих депрессий, так и болезни в целом. К факторам неблагоприятного прогноза относятся: наличие в динамике заболевания депрессий только апатического характера, смена депрессии иной структуры на апатическую в рамках одного приступа, наличие в анамнезе бредовой симптоматики, не относящейся к проявлениям острого чувственного бреда, качественное видоизменение апатических феноменов на протяжении заболевания.

Список литературы:

1. Кошкин К.А. *Апатическая депрессия: структура и динамика. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва, 2010.*
2. Zahodne LB, Gongvatana A, Cohen RA, Ott BR, Tremont G. *Are apathy and depression independently associated with longitudinal trajectories of cortical atrophy in mild cognitive impairment? Am J Geriatr Psychiatry. 2013 Nov;21(11):1098-106.*
3. Kukla M, Salyers MP, Lysaker PH. *Levels of patient activation among adults with schizophrenia: associations with hope, symptoms, medication adherence, and recovery attitudes. J Nerv Ment Dis. 2013 Apr;201(4):339-44.*
4. Шумская К.Н. *Постшизофренические депрессии (психопатологические особенности и вопросы типологии, клинические подходы, терапевтические особенности). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва, 2009.*

Стефаненко Е.А., Иванова Е.М.

Исследование гелотофобии у больных шизофренией с разным типом течения и длительностью болезни

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

В современном обществе на пути ко все большей индивидуализации, социальной изоляции и виртуализации общения все более актуальными становятся проблемы, связанные с социальной тревожностью (Баринов Д.Н., 2011). Для больных психическими заболеваниями в связи с их маргинальной позицией в обществе и самим характером расстройств эти проблемы нередко обостряются и могут играть существенную роль в течении болезни, нарастании социальной изоляции или, напротив, ресоциализации и реабилитации.

Одним из центральных факторов социальной тревожности является страх насмешки – гелотофобия. Гелотофобия (от греч. *gelos* – «смех») определяется как патологический страх выглядеть смешным (Ruch, 2004). Впервые этот феномен был описан М. Титцем как особая форма социофобии (Titze, 1996), однако позже было показано, что гелотофобия имеет свою специфику (Carretero-Dios et al., 2010). Гелотофобия характеризуется убежденностью в собственной нелепости, восприятием любого смеха как враждебного, повышенной тревогой и чувством стыда, неспособностью использовать юмор в качестве копинг-стратегии, скованностью в движениях, психосоматическими расстройствами, ранимостью, обидчивостью, а в крайних вариантах – социальной изоляцией. Гелотофобия рассматривается двояко: как психопатологический синдром или как личностная черта. Распространенность гелотофобии среди здоровых людей в России – от 5 до 12% (Стефаненко и др., 2011).

Современные исследования чувства юмора у больных психическими расстройствами малочисленны, как и исследования гелотофобии. Тем не менее было показано, что больные психическими заболеваниями характеризуются выраженной гелотофобией, в сравнении с психически здоровыми людьми (Forabosco et al., 2009; Стефаненко и др., 2014). При этом выраженность гелотофобии в разных нозологических группах неодинакова. Так, у больных шизофренией и пациентов с расстройствами личности она выше, чем у пациентов с расстройствами настроения, тревожными и расстройствами пищевого поведения (Forabosco et al., 2009). Изучение страха насмешки у больных шизофренией как феномена, отражающего эмоциональные и мотивационно-личностные нарушения, является важным в связи с тяже-

стью социальных последствий и нарушений адаптации этих пациентов (Критская В. П., 1991; Зейгарник Б. В., 1986).

Цель исследования: Изучение выраженности гелотофобии у больных приступообразно-прогредиентной и вялотекущей шизофренией с разной длительностью болезни в сравнении с группой психически здоровых лиц.

Материал и методы: В исследовании приняли участие мужчины и женщины в возрасте от 18 до 35 лет. Экспериментальную группу составили 86 больных шизофренией (65 мужчин и 21 женщина). Из них вялотекущая форма (МКБ-10: F21.0) у 25 человек, приступообразно-прогредиентная (параноидная) форма (F20.01) – у 61 человек. В исследовании приняли участие пациенты с длительностью болезни от 1 до 15 лет (под длительностью болезни подразумевается период от начала постановки диагноза по данным анамнеза до момента психологического обследования). Контрольную группу составили 125 психически здоровых людей – студентов различных специальностей, обучающихся в московских вузах (78 мужчин и 47 женщин).

Для анализа группа больных приступообразно-прогредиентной шизофренией была поделена на две подгруппы: пациенты с одним приступом (22 человека) и с большим количеством приступов (39 человек).

Все пациенты прошли стандартное патопсихологическое обследование. Критериями исключения из группы были: затрудняющие обследование нарушения мышления, органические поражения ЦНС, тяжелые соматические заболевания, признаки зависимости от ПАВ. Все больные были обследованы на выходе из острого состояния, перед выпиской из стационара.

В исследовании использовалась шкала гелотофобии GELOPH<15> (Ruch, Proyer, 2009) в русскоязычной адаптации (Стефаненко и др., 2011). Шкала состоит из 15 утверждений, каждое из которых предлагается оценить по шкале от 1 до 4, где (1) совершенно не согласен(-на); (2) не согласен(-на); (3) согласен(-на); (4) совершенно согласен(-на). Все вопросы имеют утвердительный характер. Например, «Когда посторонние люди в моем присутствии начинают смеяться, мне часто кажется, что они смеются надо мной». Пороговым средним баллом для установления наличия гелотофобии считается 2,5. Различают также легкую (2,5–3,0), выраженную (3,0–3,5) и экстремальную (выше 3,5) степени гелотофобии (Ruch, Proyer, 2009).

Результаты и их обсуждение: В результате сравнения средних значений гелотофобии в двух группах испытуемых были получены значимые различия, свидетельствующие о большей ее выраженности в группе пациентов ($M_{здоровые} = 1,81$, $M_{шизофр} = 2,21$, $t = -5,96$ при $p = 0,000$), что подтверждает результаты более ранних исследований (Forabosco et al., 2009). Раз-

личия с контрольной группой наблюдались в каждой из нозологических подгрупп: у больных параноидной ($M_{\text{параноид}}=2,2$, $M_{\text{здоровые}}=1,81$, $t=-4,9$ при $p=0,000$) и вялотекущей шизофренией ($M_{\text{вялотекущая}}=2,27$, $M_{\text{здоровые}}=1,81$, $t=-3,78$ при $p=0,000$).

Анализ гелотофобии в подгруппах больных шизофренией показал, что самые высокие значения наблюдаются в группе параноидной шизофрении с одним приступом ($M=2,38$), менее высокие – в группе вялотекущей шизофрении ($M=2,28$) и самые низкие – в группе параноидной шизофрении с более чем одним приступом ($M=2,12$). Однако различия средних между группами вялотекущей и параноидной шизофренией с одним и несколькими приступами не достигают уровня значимых.

Получены значимые различия внутри группы больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией: у пациентов с одним приступом гелотофобия значимо выше, чем у больных с более чем одним приступом ($M_{\text{один приступ}}=2,38$, $M_{\text{неск. приступ.}}=2,12$, $t=-4,47$ при $p<,05$). При этом у пациентов с несколькими приступами различия средних по гелотофобии с контрольной группой перестают быть значимыми.

Корреляционный анализ показал также, что в группе больных приступообразно-прогредиентной шизофренией с более чем одним приступом с увеличением длительности болезни значения гелотофобии становятся ниже ($r=-0,670$ при $p=0,003$). В группе пациентов с одним приступом и в группе пациентов с вялотекущей шизофренией изменений гелотофобии в зависимости от длительности заболевания не отмечается.

Затем была проанализирована распространенность различных уровней выраженности гелотофобии внутри экспериментальных подгрупп. Если в контрольной группе легкая степень гелотофобии отмечалась лишь у 9% опрошенных, а у остальных она отсутствовала вовсе, то в группе пациентов с вялотекущей шизофренией 27% характеризовались легкой и 9% – выраженной гелотофобией. Среди пациентов с параноидной шизофренией с одним приступом 29% обнаружили легкую степень гелотофобии. А среди больных с несколькими приступами легкая степень гелотофобии выявлена вновь лишь у 13%.

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод о том, что изменение выраженности гелотофобии при шизофрении отражает этапы развития и нарастания эмоционально-личностного дефекта у пациента. Личностные изменения, характерные для вялотекущей и начала приступообразно-прогредиентной шизофрении, связаны с нарастанием гелотофобии. Характерная неврозоподобная симптоматика при вялотекущей шизофрении (обсессивная, фобическая, компульсивная, конверсионная), специфическое преморбидное состояние (черты пограничного расстрой-

ства: впечатлительность, сенситивность, эмоциональная неустойчивость, уязвимость к стрессу, живость воображения, и шизоидные расстройства – замкнутость, холодность) могут быть основанием для объяснения высоких значений гелотофобии в этой группе (Тиганов, 1999). Определение того, в какой степени это определяется характером самих расстройств или эффектом стигматизации, требует дальнейших исследований.

Нарастание дефекта у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией предполагает усугубление негативной симптоматики от приступа к приступу (аутизм, эмоционально-волевое снижение, нарушения мышления) (Морозов, 1988). Выраженные дефектные состояния, сопровождающиеся апато-абулическим синдромом (эмоциональным оскудением, снижением активности, безвольностью), могут характеризоваться безразличием к оценке окружающих и поэтому гелотофобия у таких пациентов снижается. Пациенты с первым приступом в молодом возрасте, как правило, не успевают достичь такой степени дефектности, как пациенты, перенесшие несколько приступов. Б. В. Зейгарник (1986) пишет о специфических личностных изменениях больных шизофренией, а именно, изменениях механизмов смыслообразующей функции мотивов. Значимость мнения окружающих, общественная оценка также могут утрачивать свою прежнюю ценность.

В исследовании Е. М. Ивановой (2007) было показано, что для больных шизофренией при восприятии юмора характерна идентификация с высмеиваемым персонажем, что препятствует восприятию комизма шутки. Вероятно, это свойственно пациентам с приступообразно-прогредиентной шизофренией с одним приступом, у которых наблюдаются относительно не грубые эмоционально-личностные нарушения. Они могут воспринимать себя как нелепых и смешных, провоцирующих враждебный смех со стороны окружающих. Однако, с ростом эмоционально-личностного дефекта, вероятно, нарушается способность к идентификации вообще. В связи с этим уровень гелотофобии может вновь снижаться.

Выводы:

- У больных шизофренией уровень гелотофобии значимо выше, чем у психически здоровых людей.
- У больных шизофренией выраженность гелотофобии связана с прогредиентностью и длительностью заболевания: с развитием эмоционально-личностного дефекта уровень гелотофобии сначала повышается, а потом, по мере его нарастания, снижается.

Таким образом, степень выраженности гелотофобии при шизофрении может быть дополнительным индикатором глубины дефекта, что может играть важную роль в ресоциализации и реабилитации пациента.

Черепкин Е.С., Полетаев В.В.

Структура аффективного компонента и его роль в формировании феномена самостигматизации

*Республиканский центр психического здоровья.
Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии КРСУ.
Бишкек, Кыргызская Республика*

Ключевое место в структуре феномена самостигматизации занимает переживание больным собственной несостоятельности по сравнению с окружающими и связанное с этим чувство вины. Указанные чувства больной может переживать сам; кроме того, они могут быть приписаны ему окружающим или служить основой для формирования дезадаптивных поведенческих стратегий. Проявлениями самостигматизации становятся дистанцирование от общества, чувство вины, стыда. Актуальность изучения клинко-психологических механизмов лежащих в основе этого процесса и рассмотрение самостигматизации как элемента клинического синдрома остается неизменно высокой.

Цель исследования: Изучить клинко-психологические механизмы феномена самостигматизации у пациентов с параноидной шизофренией.

Задачи:

1. Идентифицировать преобладающие клинко-психопатологические синдромы, определяющие тип течения шизофрении.
2. Выделить роль аффективного компонента как системообразующего фактора в формировании феномена самостигматизации.
3. Определить роль механизмов компенсации в формировании стиля «выученной беспомощности».
4. Идентифицировать феномен самостигматизации как элемент клинического синдрома.

Материалы и методы исследования: Материалом для исследования послужили 80 пациентов. Все респонденты были репрезентативны по полу и возрасту.

Критерии включения: возраст от 25 до 65 лет, наличие диагноза «параноидная шизофрения», согласно критериям МКБ-10, длительность заболевания 10 и более лет с наличием этапа сверхчастых госпитализаций (ЭСГ).

Критерии исключения: клинически значимые фоновые соматические и неврологические расстройства, наличие органических поражений головного мозга, прием наркотических или других психоактивных веществ в анамнезе.

Методами исследования являлись: клинко-психопатологический, психометрический и статистический методы изучения: ретроспективный

анализ частоты госпитализаций по данным эпикризов пациентов, полуструктурированное интервью, шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), опросник безнадежности Бека, опросник жизненных стилей Плутчика – Келлермана – Конте, шкала Цунга для самооценки депрессии, шкала оценки уровня тревожности Спилбергера – Ханина.

Результаты и обсуждение: Учитывая образовательный уровень, со средним образованием было 42 пациента (53%), с высшим – 14 пациентов (17%), со средним специальным – 24 (30%).

Большая часть пациентов 48 (60%) за последние 10 лет имеют от 11 и более госпитализаций, а 32 (40%) – от 5 до 10 (у каждого пациента обнаружен ЭСГ).

Согласно результатам по шкале PANSS у большинства пациентов 45 (56%) преобладает апато-абулический синдром, с преобладающими галлюцинозными-бредовыми и тревожно-депрессивными синдромами 20 (25%) и 15 (19%) пациентов соответственно.

Результаты исследования по шкале безнадежности Бека: безнадежность выражена в умеренной степени у 43 (54%), в тяжелой – у 35 (43%) пациентов и в легкой у 2 (3%) (таблица 2).

При исследовании аффективной сферы по шкале Цунга отмечается депрессия на субклиническом уровне у 40 (50%). У 30 (38%) пациентов депрессия отсутствовала и лишь 10 (12%) имеют умеренно выраженную степень депрессии.

По шкале Спилбергера – Ханина у большинства пациентов 48 (60%) отмечался средний уровень тревоги и у 32 (40%) высокий уровень тревоги.

Выраженность частоты госпитализаций имеет достоверную связь с показателем уровня безнадежности вне зависимости от преобладающего синдрома 0,58 ($p < 0,01$). Общая напряженность защит в случаях преобладания галлюцинозными-бредовыми и апато-абулического синдрома имеет косвенное влияние.

Результаты проведенных исследований показывают, что у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, наблюдается феномен регоспитализаций, выраженный в различной степени, 60% имеют явную выраженность, у 40% пациентов этот феномен менее выражен, но также присутствуют этапы сверхчастых госпитализаций (ЭСГ).

Было доказано, что в структуре апато-абулического синдрома преобладающим аффективным компонентом является депрессивный ($54,82 \pm 0,8$) связь с уровнем безнадежности $r = 0,70$ ($p < 0,01$).

Исходя из гипотезы о том, что самостигматизация представляет собой сочетание двух компонентов: фрустрирующего и компенсаторного, мы можем предположить составляющие каждого в рамках апато-абулического синдрома.

Выводы: В ходе исследования были идентифицированы 3 основные группы пациентов в зависимости от преобладающего синдрома: апато-

абулического (56%), галлюцинаторно-бредового (25%), тревожно-депрессивного (19%). Преобладающей является группа пациентов с апато-абулическим синдромом – 45 (56%). Обнаружена достоверная связь между выраженностью апато-абулического синдрома в структуре параноидной шизофрении и частотой госпитализаций $r=0,60$ ($p<0,01$).

Основой формирования фрустрирующего компонента при апато-абулическом синдроме являются переживания созвучные с его симптоматикой, иными словами – это личностная реакция на клинический синдром. Данная личностная реакция отражается в аффективной сфере пациента в виде депрессивного аффекта и нарастающего уровня безнадежности.

Была также выделена опосредованная роль механизмов компенсации в формировании стиля «выученной беспомощности» при апато-абулическом синдроме, с возрастанием негативной симптоматики нарастает и общая напряженность защит $r=0,88$ ($p<0,01$), что, возможно, свидетельствует о стабилизации новой Я-концепции, нормативности собственной личности, как «психически больного». В свою очередь преобладающая негативная симптоматика, возможно, предрасполагает к развитию феномена регоспитализаций $r=0,53$ ($p<0,01$), что обусловлено принятием роли душевно больного и формированием пассивной позиции.

Феномен регоспитализаций, возможно, является одним из основных поведенческих эквивалентов, свидетельствующих о процессе самостигматизации, он закреплен и воспроизводится, усиливая проявления апато-абулического синдрома.

Таким образом, рассматривая самостигматизацию как своеобразную адаптационную стратегию, функционирующую по принципу «порочного круга», необходимо пересмотреть подходы к мерам дестигматизации.

Шумакова Е.А.

Гендерно-ролевая идентификация и ее значение в структуре формирования шизоформных симптомокомплексов при параноидной шизофрении

Республиканский центр психического здоровья.

Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии КРСУ,

Бишкек, Кыргызская Республика

Цель: Исследовать структуру формирования шизоформных симптомокомплексов в зависимости от гендерно-ролевой идентификации при параноидной шизофрении.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач было исследовано 74 пациента с диагнозом: параноидная шизофрения на базе РЦПЗ г. Бишкек. Все респонденты были репрезентативны по полу и возрасту.

Критерии включения: верифицированный диагноз: параноидная шизофрения, в соответствии с критериями МКБ-10, возраст респондентов от 19 до 50 лет, длительность заболевания от 2 до 25 лет, отсутствие синдрома «отвергания пола», или синдрома половой дисфории. Критерии исключения: несоответствие критериям включения.

Методами исследования являлись клиничко-психопатологический, психометрический и статистический: ретроспективный анализ историй болезни, полуструктурированное интервью, шкала оценки негативных и позитивных симптомов PANSS, опросник «Маскулинность-фемининность» С. Бем, стандартизованные шкалы по оценке тревоги Спилберга-Ханина и депрессии Цунга, опросник «Ауто- и гетероагрессия» Е.П. Ильина (целесообразность выбора опросника Е.П. Ильина обусловлена тем, что другие шкалы, изучающие уровень агрессии, многомерны в оценке данного аффекта, что противоречит цели исследования. Комплексность оценки тяжести агрессивного аффекта существующих опросников имеет противоречивый интрапсихический личностный и социальный контекст аффектов ауто- и гетероагрессии), корреляционный и факторный анализ на базе SPSS16.

Выводы: В ходе исследования было идентифицировано наличие гендерно-ролевой асимметрии или кроссполовой акцентуации полоролевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией. У 44% мужчин доминировала фемининность и у 31% женщин – маскулинность. Также было доказано, что определенный тип акцентуации полоролевого поведения оказывает влияние на формирование структуры шизоформных симптомокомплексов и содержит аффективный компонент, который служит клиничко-психологическим механизмом в выделенной структуре.

Мужчины с доминирующей маскулинностью чаще проявляли негативную психопатологическую симптоматику, которая была связана с высоким уровнем аутоагрессии ($r=0,780$, $p\leq 0,05$) и депрессии ($r=0,763$, $p\leq 0,05$), и возрастала с ослаблением их маскулинного компонента ($r=-0,827$, $p\leq 0,001$). Связей между аффективным и гендерно-ролевым компонентом выявлено не было, что, возможно, говорит о несформированности эго-структур и эго-защитных механизмов у респондентов данной группы.

Мужчины с фемининной акцентуацией полоролевой идентификации имели выраженную позитивную симптоматику, которая включала расстройства мышления, бред, галлюцинации, психические автоматизмы, снижение критичности к состоянию, контактность, связанные с их фемининным компонентом ($r=0,873$, $p\leq 0,05$) и сопровождаемые снижением гетероагрессии

($r=-0,885$, $p\leq 0,001$). Обратные корреляционные связи между сравнительно высоким средним уровнем депрессии ($53\pm 2,7$) и ауто- и гетероагрессией ($r=-0,969$; $p\leq 0,001$), ($r=-0,955$; $p\leq 0,001$) соответственно свидетельствуют о возможной трансформации агрессии, подавляемой фемининным компонентом, в депрессивный аффект, более приемлемый при доминирующей фемининности.

Фемининные женщины проявляли либо доминирующие идеи преследования, тревогу, социальную отстраненность, соматическую озабоченность, что сопровождалось снижением аутоагрессии ($r=-0,870$, $p\leq 0,001$), либо манерность, дезориентированность, соматическую озабоченность, отсутствие чувства вины, связанные с тревогой ($r=0,894$, $p\leq 0,05$), которая была довольно высока (52 ± 6) $p\leq 0,05$, и возрастающие со снижением маскулинности ($r=-0,776$, $p\leq 0,001$). Между тем маскулинность обуславливала рост гетероагрессии ($r=0,895$; $p\leq 0,001$) и депрессии ($r=0,803$; $p\leq 0,001$) у данных пациенток. Следовательно, возрастание уровня маскулинности и гетероагрессии, возможно, служат клинико-психологическим механизмом в трансформации «преследуемого» в «преследователя» при функционировании данных симптомокомплексов.

Пациентки с кроссполовой акцентуацией проявляли достаточно устойчивый паттерн психопатологического поведения, они были малоконтактны, импульсивны, эмоционально отгорожены, с нарушением внимания. Позитивной психопатологической симптоматики у них практически не наблюдалось. Данный симптомокомплекс коррелировал с фемининностью ($r=0,994$, $p\leq 0,001$), что свидетельствует о запуске процесса интрапсихической адаптации к болезни.

Югансон А.А.

Аутодеструктивное поведение у больных с аффективными нарушениями

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
МЗ России, Уфа*

По мнению Горобец Т.Н. (2007), последнее десятилетие подтвердило, что проблема аутодеструктивного поведения человека в нашей стране все более обостряется, она приобретает характер массового явления и в отдельных случаях угрожает безопасности государства. В связи с этим актуальным является, с одной стороны, изучение условий и факторов, влияющих на развитие различных проявлений деструктивного поведения, понимание психологических особенностей людей с аутодеструктивными паттернами

поведения, с другой – профилактика и психологическая и медицинская помощь тем, кто испытывает трудности в адаптации к новым изменяющимся социальным условиям.

Последние данные ВОЗ (Newsland, 2010) на 2010 год показывают, наша страна вышла на первое место по количеству самоубийств среди подростков.

По прогнозам ученых, число самоубийств в мире к 2020 году, составит более 1,5 миллионов ежегодно. Вообще ВОЗ называет около 800 причин самоубийств. Среди них наибольший процент составляют страх перед наказанием – 19%, психические заболевания – 18%, бытовые причины – 18% и т. д. Тем не менее 60% всех самоубийств совершают больные с депрессией, именно депрессия к 2020 году станет убийцей № 1. Данное предположение полностью согласуется с теоретическими воззрениями ведущих ученых мира изучающих гетероагрессивное и аутодеструктивное (аутоагрессивное) поведение. Так, по мнению Кернберга О. (1998), предложившего общую теорию аффектов как структурных компонентов влечений, ненависть и как следствие агрессивное влечение, занимает центральное место в поведении человека. М.А. Качаева, Д.М. Давыдов (1999) отмечали внутреннюю спаянность различных форм агрессии (драчливость, вербальная агрессия, агрессивное фантазирование, аутоагрессия, зоосадизм, смешанная агрессия) в структуре агрессивного поведения. С. De Rose, М. Fioravanti (2010), P.J. Fite et al. (2011) в своих трудах показывали связь между различными симптомами депрессии и агрессивным, в том числе и аутодеструктивным поведением.

Целью данного исследования явился анализ, оценка обусловленности аффективных расстройств и аутодеструктивных проявлений.

Было обследовано 114 пациентов (70 мужчин и 44 женщины, в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст $33,95 \pm 1,7$ года). В структуре психопатологических проявлений, которых преобладала аффективная симптоматика. Выборка формировалась на синдромальном уровне из амбулаторного контингента больных.

В контрольную группу вошли 70 здоровых испытуемых (29 женщин и 41 мужчина, в возрасте от 19 до 65 лет в среднем $36,7 \pm 1,4$ года), сопоставимых по возрасту и полу с основной группой.

При решении поставленных задач применены клинико-психопатологический метод, экспериментально-психологический и статистические методы.

При сравнении параметров агрессии в группе пациентов, с аффективными нарушениями, и группе контроля фиксировались более высокие средние значения показателей таких параметров как: физическая агрессия ($t=2,16$, $df=182$, $c=0,033$); аутоагрессия ($t=3,415$, $df=182$, $c=0,001$); обида ($t=3,17$, $df=182$, $c=0,002$); подозрительность ($t=4,223$, $df=182$, $p<0,001$); враждебность ($t=4,295$, $df=182$, $p<0,001$) метода Басса-Дарки.

Для дальнейшего анализа больные с аффективными нарушениями были поделены на группы. Выделены группы с астенодинамическим, тоскливо-меланхолическим, тревожно-фобическим, дисфорическим, гипоманиакальным и маскированным типом аффективных нарушений, проведено сравнение показателей и форм агрессии по методике Баса-Дарки. В результате исследования выявлено, что только пациенты с тревожно-фобическим типом аффективных нарушений характеризовались, статистически значимыми, большими показателями по параметру аутоагрессии ($t=3,505$, $df=100$, $c=0,001$), в сравнении с группой контроля.

Полученные результаты согласуются с данными Хартера (1997), который отмечал, что суицидальные идеации, парасуицидальное поведение и истинное суицидальное поведение, выступают, как попытки справиться с тревожащими, угнетающими идеями и образами, аффектами депрессивного комплекса, при недостаточности психологических средств для преодоления психотравмирующих ситуаций.

При исследовании связей параметра аутоагрессия с различными факторами было выявлено сопряженность показателей аутоагрессии ($r=0,43$, $c=0,01$) методики Басса-Дарки с количественной характеристикой бальной оценки стрессоустойчивости полученными при проведении методики Т. Холмса и Р. Рейха. Психические травмы, перенесенные в детстве (такие как развод родителей, вынужденная разлука или тяжелая болезнь одного из родителей), также сопряжены с показателем аутоагрессия метода Басса-Дарки ($r=0,56$, $c=0,04$). При оценке семейного микроклимата выявлено наличие корреляционных связей конфликтных отношений в семье (частые ссоры, драки), с параметром аутоагрессия ($r=0,64$, $c=0,01$).

Примечательно, что отсутствует четкая дифференциация проявлений агрессии у больных с аффективными нарушениями. Треть из них (29,23%) направляли агрессивные импульсы, как на окружающих, так и себя (корреляционные связи суицидов в анамнезе с враждебностью и косвенной агрессией Басса-Дарки $r=0,56$, $c=0,04$ и $r=0,68$, $c=0,03$ соответственно).

Ранний возраст начала употребления алкоголя, табакокурения и сексуальной жизни, обнаруживают связь с показателем аутоагрессии ($r=0,49$, $c=0,05$).

Из представленных данных, можно сделать вывод, что больные с аффективными расстройствами, по сравнению со здоровыми испытуемыми, отмечается более высокие показатели аутоагрессии. Немаловажное влияние на аутодеструктивное поведение имеет тревожно-фобический тип аффективных нарушений.

Большое значение на формирование аутоагрессивного поведения оказывают стрессы, характера и условий семейного воспитания. Дети, наблюдая насилие в семье, убеждаются в его эффективности, усваивают эти стереотипы

поведения, испытывают их на практике вначале на вербальном уровне, в дальнейшем отрабатывают технические приемы и по мере взросления приступают к ее физической реализации. При этом отмечается некоторый психологический инфантилизм агрессивных пациентов, проявляющийся в отсутствии дифференцированной направленности (ауто- или гетеро-) агрессивных векторов.

У агрессивных пациентов с аффективной патологией отмечался некоторый эгоцентризм и эксцентричность в поведении, определяющий своеобразный «шлейф» асоциальности и цинизма в реальной жизни. Такие личности рано начинают сексуальную жизнь, неспособны к установлению длительных, чувственных связей, склонны к промискуитету, легко решаются на употребление алкоголя, табака, наркотиков, склонны к разрушению моральных и этических устоев бытующих в обществе и, как правило, часто привлекаются к административной и уголовной ответственности. Таким образом, подтверждается мнение В.В. Устиновой (1990) о том, что одних только фактов наблюдения за насильственными формами поведения и испытания насилия на себе недостаточно для раннего формирования агрессивности, необходимым условием для этого является неустойчивость мотивационно-ценностной структуры личности.

Учитывая то, что (по данным ВОЗ) в более чем в половине стран мира отсутствуют национальные стратегии, направленные на предупреждение суицидов, необходимо продолжать изучение проблем психического здоровья населения, ввиду того, что это влияет на качество народонаселения и в конечном итоге сказывается на возможностях экономического роста и обороноспособности страны.

Список литературы:

1. Горобец Т.Н. Аутодеструктивное поведение человека и акмеологические условия его профилактики; автореф. дис. ... док. псих. наук: 19.00.13, 19.00.05. – Москва, 2007, 26 с.
2. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. – М.: Медицина, 2003. – С. 324–332.
3. Информационно-дискуссионный портал *Newsland*, 2010. – Режим доступа: <http://newsland.com/news/detail/id/579012/>. – Заглав. с экрана (29.10.2010).
4. Качаева М.А. Влияние биологических и социальных факторов на формирование типов и механизмов агрессивных действий женщин с психическими расстройствами / М.А. Качаева, Д.М. Давыдов // *Рос. психиатр. журнал*. – 1999. – № 2. – С. 37–44.
5. Кернберг О. *Агрессия при расстройствах личности: пер. с англ.* – М.: Класс, 1998. – 367 с.

6. Устинова В.В. Особенности формирования личности несовершеннолетних насильственных преступников / В.В. Устинова // *Насилие, агрессия, жестокость. Криминально-психологическое исследование.* – М., 1990. – С. 40–56.
7. De Rose, C. *Depressive symptoms and personality characteristics: phenomenology of affective disorders* / C. De Rose, M. Fioravanti. // *Riv. Psichiatri.* – 2010. – Vol. 45, № 4. – P.209-13.
8. Ji E.S. *Aggression and related factors in elementary school students* / E.S. Ji, M.H. Jang // *J. Korean Acad. Nurs.* – 2010. – Vol. 40, 5. – P. 642-9.
9. *Reactive and proactive aggression in adolescent males. Examining Differential Outcomes 10 Years Later in Early Adulthood* / P.J. Fite, A.Raine, M.Stouthamer-Loeber [et al.] // *Crim. Justice Behav.* – 2009. – Vol. –37, № 2. – P. 141-157.

Юматова П.Е.

Клинико-психопатологические особенности бредообразования и формирования фабулы депрессивного бреда при эндогенных бредовых депрессиях

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Цель: Определить клинико-психопатологические особенности тематического содержания и структуры бредовых депрессивных идей и проанализировать их взаимосвязь с клинико-типологическими характеристиками депрессивных расстройств в картине бредовых депрессий.

Материал и методы: Обследовано 50 больных женского пола в возрасте от 20 до 58 лет, средний возраст – 33,6 года. Состояние больных определялось картиной бредовой депрессии с различным содержанием галотимного депрессивного бреда, в рамках аффективного психоза (26 больных) и приступообразной шизофрении (24). По МКБ-10 диагностическая оценка соответствовала рубрикам F20.4, F31.4, F31.5, F33.2, F33.3. В работе использовались клинико-психопатологический и психометрический методы исследования, с применением международной оценочной шкалы депрессий Гамильтона (HDRS, 21 пункт) и шкалы DAS (Delusional Assessment Scale), разработанной Meyers BS с соавторами, для оценки депрессивного бреда¹.

Результаты и обсуждение: Дифференцированный подход и анализ тематического содержания депрессивного бреда, его структуры и механизмов бредообразования, проводимый с учетом клинико-психопатологической и клинико-ти-

1. Шкала DAS использовалась нами по личному разрешению автора.

пологической характеристики бредовой депрессии, в целом показало их различия, что позволило разделить всех больных на две группы, различающихся условиями формирования фабулы депрессивного бреда и его структурой.

В первой группе больных (30 человек) механизм развития депрессивных бредовых идей включал преимущественно идеаторные компоненты, а источником их тематического содержания являлись реальные события негативного содержания в анамнезе больных (смерть или болезнь близких, разрыв любовных отношений, неудачные события на работе или в учебном процессе). Ситуации эмоционально безразличны для больного, возникали непосредственно в его ближайшем окружении (на работе, в семье), и носили конкретный бытовой характер. При этом больной лично не принимал непосредственного участия в их происхождении, и они не имели для него в то время значения психогении.

Депрессии развивались аутохтонно, вне связи во времени с указанными событиями, не имели психогенного содержания. Типологически депрессии характеризовались как тоскливо-заторможенные и апато-адинамические, их проявления сопровождалось симптомами астенизации и депрессивной деперсонализации, с сосредоточенностью на субъективно переживаемом чувстве собственной измененности, занижении идеаторных способностей, ущербности психического функционирования, приводящим к пониженной самооценке. К ним присоединялись идеи никчемности, несостоятельности и самобичевания. Признаки витальности (суточные колебания, телесные ощущения настроения) были выражены в значительной степени, и проявлялись с самого начала депрессивного состояния. Суицидальные мысли не сопровождалось тенденцией к их реализации в поведении. Возникали эпизодически, на уровне пессимистических рассуждений, с чувством бесперспективности и нежелания жить.

Переживания заниженной самооценки поначалу носили сверхценный характер, но в последующем видоизменялись до бредового уровня, были конгруэнтны депрессивному аффекту как по содержанию, так и по механизму бредообразования. Их становление сопровождалось повышенным анализом прошлого, с явлениями депрессивной гипермнезии, ретроспективной детализацией событий реальной неблагоприятной ситуации.

Депрессивные идеи характеризовались бредом самоуничужения и самообвинения, с присоединением идей заслуженного наказания, по фабуле связанных с событиями прошлых неблагоприятных ситуаций. Бредовые заявления больных преподносились с полной убежденностью, были лишены логического обоснования и не поддавались коррекции. Фабула указанных бредовых идей, несмотря на полную разработанность, не имела достаточной систематизации, доказательного обоснования ее положений.

Вектор комплекса неполноценности и самоуничужения, составляющий ядро депрессивного бреда, во всех случаях первой группы больных всегда исходил от самого больного, был направлен только на себя и имел центрифугальный характер (по В. М. Морозову).

Фабула бреда сосредотачивалась на событиях вокруг самого больного, его близких родственниках, коллегах по работе, т. е. была ограничена конкретной бытовой темой. Депрессивные бредовые идеи преимущественно были ориентированы на заниженную самооценку собственных моральных качеств (идеи никчемности, несостоятельности), не наблюдалось их сопровождение вторичными персекуторными идеями (отношения, осуждения, обвинения со стороны), т. е. расширения бредовой тематики не обнаруживалось.

По психометрическим оценкам имело место сочетание высоких значений тяжести депрессии по HDRS (32 балла и выше) и низких показателей тяжести депрессивных бредовых расстройств по шкале DAS (от 16 до 24 баллов).

Во второй группе больных (20 человек) депрессивные бредовые идеи формировались по закономерностям острого чувственного бреда воображения, тематика которых базировалась не на реально существующих негативных событиях в жизни больного, а исходила из симптомов нарушения чувственного восприятия больным реальных фактов с большим участием компонента образного воображения.

Депрессия здесь развивалась и формировалась аутохтонно, по типу то-скливо-тревожной, и в ее картине признаки витальности практически отсутствовали, не были характерны явления депрессивной деперсонализации. Суицидальный риск был достаточно высок, сопровождался суицидальным поведением, в его мотивах ведущее место занимали депрессивные идеи.

Картина бредовой депрессии развивалась практически с первых дней депрессивного состояния. Возникали депрессивные идеи самообвинения, виновности, которые сразу достигали бредового уровня. На фоне аффекта выраженной тревоги и отчаяния, в представлениях больных возникали вымышленные идеи о неблагоприятной ситуации, касающейся семейной или рабочей сферы (воображаемая болезнь близких, мнимые пороки развития малолетних, ошибки на работе и др.), в которых больные начинали себя винить. На фоне тревожных опасений за физическое здоровье близких, переживания больных сопровождалась яркой визуализацией воображаемых образов. В зависимости от нарастания тревоги и тревожных опасений тематика бреда углублялась от самообвинения до виновности и греховности.

Содержание бредовых идей редко оставалось монотематичным, и обнаруживалась тенденция к расширению, с вовлечением в нее все большего числа людей и воображаемых фактов, выходило за пределы бытовой темы, приобретая все более масштабный характер. С утяжелением состояния

бредовые проявления переходили на более глубокий уровень, с присоединением вторичного и затем первичного персекуторного бреда, в виде идей осуждения, обвинения со стороны, наказания, с ожиданием тюремного заключения, физической расправы. При этом усложнение бредовых идей сопровождалось мучительным чувством страха, беспокойства и симптомами идей самооправдания.

Направленность идей вины в картине депрессивного бреда во второй группе больных всегда была ориентирована в настоящее, и особенно в будущее. При этом при усложнении депрессивного бреда вектор вины менял свою направленность, и больной становился жертвой несправедливости окружающих.

По оценкам психометрических шкал высоким показателям тяжести депрессии по HDRS (34 балла и выше) соответствовали столь же высокие значения по шкале DAS (от 24 баллов и выше), что свидетельствует о тяжести как собственно депрессии, так и глубины бредовых депрессивных расстройств.

Выводы: Формирование фабулы депрессивного бреда в картине эндогенной бредовой депрессии находится в прямой патогенетической взаимосвязи с особенностями бредообразования депрессивных бредовых идей. В зависимости от различных механизмов бредообразования источником тематики депрессивных бредовых идей могут выступать реальные или патологически воображаемые ситуации в жизненном пространстве больных. В структуре бредовой депрессии механизмы бредообразования и фабула депрессивного бреда определяются клинико-психопатологическими и клинико-типологическими характеристиками депрессивных состояний, обуславливающие глубину депрессивного бреда, его клинико-диагностические особенности и прогноз.

II Раздел: «ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ И КЛИНИКИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ»

Арчаков Д.С., Осадший Ю.Ю.

Особенности развития психогенных расстройств у женщин – вторичных жертв террористических актов в Волгограде

Научно-производственное объединение «Волгоградский центр профилактики болезней «ЮгМед», Волгоград

Введение: Последнее время отмечается увеличение количества антропогенных чрезвычайных ситуаций, в том числе террористических актов [Кекелидзе З.И. с соавт., 2003, Lopes-Ibor H. 2003]. При этом необходимо учитывать, что социально-психологические последствия терактов нередко превышают все остальные виды ущерба [Румянцева Г.М. и др., 1995]. Говоря о жертвах террористических актов, особого внимания заслуживают лица, не подвергшиеся их непосредственному воздействию, то есть те, кто наблюдал за происходящим через средства массовой информации. Эту группу принято называть вторичными жертвами [Кекелидзе З.И., 2002; Дмитриева Т.Б., 2004; Портнова А.А., 2007].

Рядом авторов отмечается, что психо-социальные, психо-эмоциональные нарушения, а также снижение уровня функционирования после перенесенного стресса более характерны именно для женщин [Furey J.A., 1991, Davis T.M., 1999]. В то же время особенности течения и исхода психогенных расстройств у женщин, как вторичных жертв террористических актов, остаются недостаточно изученными, что и послужило выбором цели настоящего исследования.

Целью настоящего исследования явилось определение особенностей психогенных расстройств у женщин – вторичных жертв в результате террористических актов в г. Волгограде.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе научно-производственного объединения «Волгоградский центр профилактики болезней «ЮгМед» в рамках консультативно-лечебной помощи населению после терактов 29 и 30 декабря 2013 года в г. Волгограде. За помощью обратилось 32 женщины с впервые выявленными психическими расстройствами, развившимися непосредственно после совершенных терактов и имеющих четкую взаимосвязь болезненных переживаний с психотравмирующей ситуацией (основная группа). Все обследованные не подвергались непосредственному воздействию, не были знакомы с пострадавшими или погибшими в результате теракта. Средний возраст обратившихся составил $42,9 \pm 14,4$ года. Пациенты были разделены на три возрастные группы: 18–24 лет (12,5%), 25–55 лет (71,9%), старше 55 лет (15,6%).

Для выявления личностных особенностей вторичных жертв была сформирована группа контроля, которую составили 30 психически здоровых женщин со сходными медико-социальными характеристиками.

В процессе исследования проводилось клиническое интервьюирование (беседа) и наблюдение за больными, сбор и оценка субъективных и объективных анамнестических сведений, а также использовались методики Ч.Д. Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина (определение уровня личностной и реактивной тревожности), А.М. Вейна (определение вегетативного

статуса), шкала депрессии Бека, тест Леонгарда (определение личностных акцентуаций).

Все случаи были классифицированы в рамках диагноза F43.2 (Расстройство адаптации) в соответствии с критериями МКБ-10.

Обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel 2010 и программы Statistika 7.0.

Результаты и их обсуждение: Основное количество пациентов (90,6±0,5%) за помощью обратилось в первые 5 дней после совершенных терактов, а 9,4±1,7% – в течение недели.

Согласно полученным результатам доминирующую позицию по уровню образования занимали пациенты с высшим образованием (71,9±0,9%), в то время как пациенты со средним и средним специальным уровнем образования встречались в 6,2±1,7% и 21,9±1,6% соответственно ($p < 0,05$). При сравнении с группой контроля статистически значимых различий не отмечалось.

В настоящем исследовании более половины женщин основной группы состояли в браке (62,5±1,1%), в то время как в группе контроля этот показатель оказался несколько выше и составил 76,7±0,9% ($p < 0,05$). Похожая динамика отмечалась и относительно трудовой занятости. Так, в основной группе работали 65,6±1,0%, а в группе контроля этот показатель оказался в 1,3 раза выше (86,7±0,7% с $p < 0,05$).

Большинство пациентов связывали появление психических расстройств с «ощущением» паники в обществе, отмечали непрерывный и навязчивый характер информации о терактах с высокой степенью визуализации последствий трагедий.

Основным симптомом психогенных расстройств у вторичных жертв терактов в г. Волгограде являлись вегетативные нарушения (90,6±0,5% случаев). При этом следует отметить, что в исследуемой группе имел место сдвиг нейрогуморального равновесия в сторону симпатoadренальной активности. Второй по частоте жалобой была тревога, которая встречалась в 81,2±0,8% случаев. Сниженное настроение, как жалоба, встречалась в 84,4±0,7% случаев. Однако объективно клиническая депрессия отмечалась у 12,5±1,6% пациентов, причем только в легкой форме. Нарушения сна наблюдались у 75,0±0,9% обследованных, которые отмечали трудности в засыпании и поверхностный сон. При этом 15,6±1,6% пациентов связывали частые пробуждения с кошмарными сновидениями. Три четверти пациентов (75,0±0,9%) испытывали страхи. Основной фобической фабулой являлся страх передвижения в общественном транспорте, а также посещение общественных мест с большим скоплением людей. В 18,7±1,6% случаев были диагностированы панические атаки, которые сопровождались некоторой abortивностью клинических проявлений.

По мнению многих исследователей, определенный уровень тревожности является естественной и обязательной особенностью активной деятельности личности. При этом у каждого человека существует свой уровень полезной тревоги, который как свойство личности во многом обуславливает поведение субъекта. Таким образом, изучение особенностей тревожных проявлений у человека необходимо, прежде всего, для определения его стрессоустойчивости и прогнозирования особенностей эмоциональных и поведенческих реакций на стрессовую ситуацию.

Согласно полученным результатам средние значения как личностной ($59,2 \pm 1,9$), так и реактивной тревожности ($39,8 \pm 2,0$) в группе вторичных жертв в 1,5 и 1,7 раза (соответственно) превышали таковые в контрольной группе. Это указывает на преобладание высокого уровня личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) в основной группе. Подтверждением явилась большая вероятность встречаемости высокой личностной ($83,3 \pm 0,6\%$) и высокой реактивной тревожности ($77,3 \pm 0,7\%$) у женщин-вторичных жертв террористических актов ($p < 0,05$).

По показателям ЛТ в «оптимальный диапазон» входило только $13,3 \pm 1,1\%$, а в диапазон низкого уровня – $3,3 \pm 1,7\%$ обследованных пациенток. При этом в контрольной группе лидирующую позицию занимала умеренная тревожность ($55,6 \pm 0,6\%$), несколько реже встречалась высокая ($34,7 \pm 0,7\%$) и самой малочисленной оказалась встречаемость низкого уровня тревожных проявлений ($9,7 \pm 1,3\%$).

По значениям РТ в основной группе $5,5 \pm 1,7\%$ женщин имели низкий и $77,3 \pm 1,2\%$ – высокий уровни тревожности. Среди лиц с отсутствием психической патологии наиболее часто встречалась низкая тревожность ($70,8 \pm 0,7\%$), умеренная тревожность имела место в $23,6 \pm 1,1\%$ случаев, а высокий уровень был зафиксирован только у $5,6 \pm 1,2\%$ обследованных ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ типов акцентуаций характера показал, что в основной группе акцентуации встречались чаще ($96,9 \pm 0,3\%$), в то время как в группе контроля они имели место лишь у $76,7 \pm 0,9\%$ обследованных. При этом в основной группе (по сравнению с контролем) в 2 раза чаще встречались сочетание нескольких типов акцентуаций у одного пациента ($19,3 \pm 1,6\%$ и $9,4 \pm 1,7\%$ соответственно).

Наиболее частыми акцентуациями в группе вторичных жертв были тревожные ($28,3 \pm 1,5\%$), демонстративные ($21,9 \pm 1,6\%$), дистимические ($18,7 \pm 1,6\%$), эмотивные ($18,7 \pm 1,6\%$), циклотимные ($12,5 \pm 1,6\%$) и педантичные ($9,4 \pm 1,7\%$). В контрольной группе типы акцентуаций распределились следующим образом: эмотивные ($16,7 \pm 1,7\%$), тревожные ($13,3 \pm 1,7\%$), демонстративные ($13,3 \pm 1,7\%$), педантичные ($13,3 \pm 1,7\%$). При этом были выявлены два типа акцентуаций, которые не встречались в группе вторичных жертв — гипертимные ($10,0 \pm 1,7\%$), возбудимые ($10,0 \pm 1,7\%$).

Таким образом, наибольшая обращаемость вторичных жертв террористических актов за психиатрической помощью приходится на первые 5–7 дней после их совершения, что указывает на необходимость повышения доступности информации о возможности консультативно-лечебной психолого-психиатрической помощи именно в этот период.

Триггерными механизмами развития психогений являются тотальное, навязчивое, малоцензурированное освещение террористических актов в средствах массовой информации, развитие «ощущения» паники среди населения, следствием чего является взаимоиндуцирование граждан и формирование порочного круга.

Ведущими симптомами в клинической картине у женщин – вторичных жертв терактов являются симптомы невротического регистра с преобладанием тревожно-фобических расстройств на фоне сдвига нейрогуморального равновесия в сторону симпатoadреналовой активности.

Для вторичных жертв наиболее типичным является высокий уровень личностной тревожности, что указывает на их склонность воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в широком диапазоне ситуаций и реагировать существенным повышением тревожности во многих жизненных ситуациях.

Характерными акцентуациями личности для женщин – вторичных жертв являются тревожная, демонстративная, дистимическая, эмотивная, циклотимная, педантичная, что является одним предрасполагающим фактором развития психогенных расстройств.

Вопросы динамики, лечения и хронизации психогенных расстройств у вторичных жертв терактов будут рассмотрены в следующих публикациях.

Список литературы:

1. Дмитриева Т.Б. *«Угроза терроризма актуальная стрессогенная ситуация: новые задачи науки и практики»*. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам (под редакцией академика В. И. Покровского), М.: Медицина, 2004 г. – с. 12–20.
2. Кекелидзе З.И. *Психиатрия чрезвычайных ситуаций // Сборник фармакотерапия в неврологии и психиатрии*. М. – 2002 – С. 159–74.
3. Кекелидзе З.И., Джангильдин Ю.Т., Даровская Н.Д., Шемчук Н.В., Тюменкова Г.В., Кондратьева М.С., Мялковская О.В., Шукин А.Ю. // *Психические расстройства, возникающие при чрезвычайных ситуациях. Аналитический обзор*. Москва, 2003.
4. Портнова А.А. *Психические нарушения у детей и подростков при чрезвычайных ситуациях // дисс. докт. мед. наук*. – М., 2007, 255 с.
5. Румянцева Г.М., Грушков А.В., Лебедева О.М. *Некоторые закономерности формирования невротических и психосоматических рас-*

- стройств на отдаленных этапах техногенных аварий // 12-й Съезд психиатров России: Материалы. М., 1995. – С.172–174.*
6. Furey J.A.// *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* 1991; 29(3).-P. 11-13.
 7. Lopes-Ibor J.J. Foreword. In M. Benyakar (Ed.), *Disruption: Collective and Individual threats.*// *Biblos, Buenos Aires.- 2003.- P. 11-13.*
 8. Davis T.M., Wood P.S.// *J. Subst.Abuse Treat.* 1999 March, 16(2);P.123-127.

Альтман Ю.С.

Особенности агрессивного поведения у обвиняемых с кратковременными психогенными эмоциональными состояниями и расстройствами личности

ГНЦССП им. В.П. Сербского, Москва

Цель исследования: Определение механизмов возникновения, особенностей протекания агрессивных действий у лиц с кратковременными психогенными эмоциональными состояниями и расстройствами личности.

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический, клинико-динамический метод.

Объектом исследования явились 71 подэкспертных мужского пола, которые обвинялись в совершении агрессивного деликта и находились на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России.

В *первую* группу вошли 49 подэкспертных, находившиеся во время инкриминируемого деяния в кратковременном психогенном эмоциональном состоянии, относившимся к психологическому уровню реагирования (физиологический аффект, кумулятивный аффект, эмоциональные состояния, которые оказывали существенное влияние на поведение, и которые не оказывали существенного влияния).

Вторую группу составили 22 подэкспертных с повторными на протяжении жизни агрессивными действиями. При таком делении существуют принципиальные различия механизмов агрессивного поведения, включая его импульсивные формы реализации. При этом агрессия рассматривается как функция взаимодействия личности и ситуации, в свете которого наиболее характерные механизмы агрессивных импульсивных действий, конкретизирующиеся в психологически разных видах мотивации, определяются сочетанием уровня агрессивности и степени выраженности личностных структур, тормозящих агрессивные побуждения, при их взаимодействии с характером ситуации.

В данной работе рассматривались два диаметрально противоположных варианта импульсивной агрессивности – с одной стороны, преимущественно эмоциональных реакций, являющихся экзвивитными для личности событием и спровоцированными исключительным психогенным воздействием, с другой стороны – повторных, привычно реализуемых форм агрессивного поведения. В первой группе преобладали лица психически здоровые, либо с акцентуированными личностными чертами. Вторую группу составили лица с личностной патологией с преимущественно возбудимым радикалом. Анализ анамнестических данных показал, что в первой группе наследственная отягощенность была минимальная, когда как во второй группе обследуемых наследственность была отягощена алкоголизмом и наркоманией родителей, а также по нескольким заболеваниям. Лицам первой группы с детства были присущи такие личностные особенности, как уравновешенность, общительность, послушание, аккуратность, целеустремленность, добросовестность, тогда как во второй группе преобладали малообщительность, конфликтность, вспыльчивость, требовательность, преобладало психопатоподобное поведение. В первой группе достоверно чаще обследуемые не испытывали затруднений в учебе, напротив, во второй были выявлены трудности обучения в связи с недостаточной концентрацией внимания, конфликтность в отношениях с преподавателями, трудности общения с одноклассниками. Также лица второй группы чаще подвергались психической депривации в детстве в виде физических наказаний в семье. В отношениях с женой в первой группе в основном отмечались нормальные гармоничные отношения, во второй группе обследованные имели напряженные, неприязненные отношения, вплоть до агрессивного. В условиях психогении у лиц первой группы при стремлении избежать конфликтных ситуаций наблюдалось накопление эмоционального напряжения. Во второй группе преобладал эксплозивный вариант реагирования в ответ на психотравмирующие ситуации. Подэкспертные первой группы, как правило, не злоупотребляли алкоголем, атипичных форм опьянения не наблюдалось. В то же время лица, относящиеся ко второй группе, в состоянии алкогольного опьянения вели себя агрессивно, отмечались палимпсесты. Частота проявления агрессивных действий в первой группе ограничивались одним эпизодом в 2–3 года, при этом проявлялись агрессивным настроением и вербальной агрессией. Тогда как во второй группе наблюдались частые проявления агрессии (до нескольких раз в месяц), которые сопровождалась применением физической силы. При анализе инкриминируемого деяния выявлено следующее. Употребление алкоголя и состояние опьянения в основном присутствовало у лиц второй группы. В состоянии обследуемых до совершения ООД значимых особенностей выявлено не

было. Стоит отметить, что несколько чаще у лиц первой группы отмечалось снижение работоспособности, аппетита, нарушение сна. К моменту правонарушения в первой группе наблюдалось суб- и депрессивное состояние. Пусковым механизмом возникновения аффективного взрыва у лиц первой группы явилась угроза жизни подэкспертного, угроза нанесения ему повреждений со стороны обидчика, а также угроза жизни лично-значимым людям. Обследуемые второй группы воспринимали ситуацию как оскорбляющую и унижающую их достоинство. В некоторых случаях агрессивное поведение было спровоцировано с возникновением препятствия к завладению чужим имуществом. Непосредственно в момент совершения ООД в первой группе превалировали тревога, беспокойство, страх, отчаяние, растерянность, чувство безвыходности. Во второй группе на первом месте отмечались злость, ненависть, гнев. Также в первой группе были выражены вазо-вегетативные реакции, такие как тахикардия, сердцебиение, одышка, дрожь. У лиц первой группы было диагностировано аффективно суженое нарушение сознания, во второй группе нарушение сознания отсутствовало. Поведение в момент совершения преступления у лиц первой группы проявлялось возбуждением с хаотичными действиями, во второй группе поведение характеризовалось либо целенаправленными действиями, либо импульсивными, малообдуманными. При анализе мнестических расстройств в момент агрессивных действий в первой группе присутствовала в основном частичная амнезия событий и своих действий с сохранностью о своих переживаниях, лица второй группы в большинстве случаев помнили события произошедшего. После совершения ООД у лиц первой группы отмечалась физическая и психическая астения, у подэкспертных, относящихся ко второй группе, астения отсутствовала. Характер агрессивного поведения у лиц первой группы резко расходился с индивидуально-личностным складом подэкспертных, тогда как у лиц второй группы такое поведение было в рамках присущих им личностных особенностей, т. е. являлось привычным способом реагирования в конфликтных ситуациях.

Выводы: В первой группе импульсивность агрессивных побуждений определялась их аффективным характером, задававшимися психотравмирующими обстоятельствами, на которые эти подэкспертные, несмотря на невыраженность базовой агрессивности, реагировали непосредственно. Сами агрессивные побуждения в этих случаях возникали в структуре эмоционального возбуждения, возникновение и развитие которого было связано с противоправными действиями потерпевшего. Для второй группы был характерен высокий уровень повторных агрессивных реакций, включая рецидивные правонарушения, наиболее универсальным механизмом криминальной агрессии являлось стремление к реализации собственной

агрессивности, приобретающее самодовлеющее мотивирующее значение вне зависимости от внешних стимулов. Роль ситуации в этом случае была минимальна, тогда как доминировали мотивационные переменные, т. е. агрессивные побуждения имели ценностный, диспозиционный и потребностный характер.

Граница А.С.

Особенности взаимосвязи агрессивности, тревожности и антиципационной состоятельности у больных с невротическими расстройствами

*ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет
Минздрава РФ», Казань*

Актуальность: В структуре нервно-психической заболеваемости невротические расстройства наиболее распространены у взрослых и детей [3]. По официальным данным ВОЗ, число невротических расстройств за последние 80 лет выросло в 24 раза. Это объясняется возросшим темпом жизни, предъявляющим к нервной системе человека повышенные требования. Известно, что на развитие невротического расстройств влияет и сама личность человека, его отношение к окружающей действительности, его действия в критических (фрустрирующих) ситуациях [7]. В настоящее время можно считать доказанным участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в этиопатогенезе невротических расстройств [6]. У одного и того же больного, независимо от диагноза, часто встречается снижение настроения и агрессия, а расстройства настроения часто идут рука об руку с проявлениями агрессивности [10]. Сочетание расстройства настроения и агрессии или тревожного расстройства и агрессии изучены меньше, чем сочетание расстройства настроения и тревожного расстройства [10]. Актуальным является изучение того, каким образом человеку удается совладать с негативными событиями [7].

Цель: Изучить взаимосвязи агрессивности, тревожности и антиципационной состоятельности у больных с невротическими расстройствами.

Задачи:

1. Проанализировать доступные литературные материалы по заявленной теме.
2. Провести экспериментально-психологическое тестирование больных с невротическими расстройствами.

3. Определить взаимосвязи между полученными данными.
4. Провести сравнение с контрольной группой.

Материалы и методы: Было проведено экспериментально-психологическое тестирование 40 пациентов с невротическими расстройствами дневного стационара Городского центра психотерапии г. Казань. В качестве контрольной была выбрана группа условно-здоровых испытуемых – студентов 3 курса Казанского ГМУ из 42 человек. В качестве инструментов исследования были использованы стандартизированные опросники:

1. Тест Басса-Дарки;
2. Шкала самооценки уровня тревожности Ч. Д. Спилбергера;
3. Тест антиципационной состоятельности В. Д. Менделевича.

На момент исследования пациенты находились на начальных этапах лечения. Раздача стимульного материала происходила после завершения предписанных процедур, с предложением заполнить бланки в домашних условиях. Таким образом, происходила поправка возможного влияния терапевтических процедур на результаты тестирования.

Для статистической обработки данных использовались коэффициент корреляции Пирсона, U-критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента и другие. Расчеты производились в программах Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение: Для каждого тестируемого были получены данные в 16 шкалах: пространственная, личностно-ситуативная, временная, общая антиципационная состоятельность; физическая, вербальная и косвенная агрессия, негативизм, раздражение, подозрительность, обида, чувство вины, индексы агрессивности и враждебности; реактивная и личностная тревожность.

Сравнения внутри исследуемой группы не выявили достоверных различий между больными с разными диагнозами, полом и возрастом, что говорит об однородности исследуемой группы и сходных исследуемых чертах.

Данные сравнения с контрольной группой показывают достоверные различия в большинстве исследуемых шкал ($p < 0,05$), что подтверждает гипотезу № 3. В группе больных средние значения личностно-ситуативной антиципационной состоятельности, индекса агрессивности находятся на уровне ниже нормы, а уровни реактивной и личностной тревожности соответствуют значению «высокая тревожность». В контрольной группе все средние значения находятся в пределах нормы. То, что средние значения в шкалах пространственная и личностно-ситуативная антиципационная состоятельность ниже нормы, говорит о несовершенстве механизмов прогнозирования у больных невротическими расстройствами и соответствует исследованиям, проведенным В.Д. Менделевичем и соавторами в рамках антиципационной концепции невротогенеза [3]. Высокие уровни тревож-

ности объясняются тем, что повышенная тревога является одним из ведущих проявлений невротических расстройств.

Наибольшие значения по корреляции наблюдались у личностной тревожности с обидой, индексом враждебности и раздражением; чувства вины с обидой и личностной тревожностью, что говорит о сильной связи этих параметров.

Наибольшее число связей в обеих группах обнаруживается у шкал раздражение, индекс враждебности, личностная тревожность и чувство вины. Достоверных значений корреляции не выявлено ни у одной шкалы с временной антиципационной состоятельностью. Наличие такого большого количества связей у раздражения, говорит о многофакторности причин возникновения этого качества и множественности форм его проявления. Раздражение – это готовность при малейшем возбуждении излиться во вспыльчивости, резкости, грубости. Поэтому становится понятным, почему сильны связи с физической, косвенной и вербальной агрессией как формами выражения раздражения. То же можно сказать о чувстве вины, обиды и личностной тревожности. Наличие перекрывающихся связей с другими шкалами и высокое значение корреляции (чувство вины – личностная тревожность 0,5593, обида – личностная тревожность 0,6592) между собой, позволяет нам говорить о вкладе чувства вины и обиды в формирование тревожности.

На связь между уровнем агрессивности и тревожности указывают многие авторы [1]. Авторы указывают на сдерживающее действие тревоги. Очевидно, тревога о том, что скажут другие, может послужить сильным сдерживающим фактором агрессии, в обстановке, когда сильные ситуационные факторы не в состоянии помешать подобной сдержанности. И в то же время склонность к генерализованной тревоге не имеет тесной связи с агрессией [1]. По нашим результатам имеется прямая связь между личностной тревогой и косвенной агрессией и индексом агрессивности, что подтверждает гипотезу № 1.

В группе больных выявлены обратные корреляции личностно-ситуативной и общей антиципационной состоятельности с косвенной агрессией, с чувством вины. В контроле выявлены обратные корреляции личностно-ситуативной и общей антиципационной состоятельности с раздражением. Связь антиципационной несостоятельности и агрессии может быть объяснена так. Человек, не умеющий адекватно прогнозировать, часто попадает в сложные жизненные ситуации, которые расстраивают его, но учитывая его преморбидную склонность к экстрапунитивным реакциям (в том числе с тревожностью), он начинается раздражаться и проявлять агрессию – досадуя на себя и на окружающих за то, что прогнозы его не сбываются. При этом если для здоровых людей агрессия принимает прямую форму выражения, то для больных с невротическими расстройствами – косвенную.

В ходе исследования были также выявлены интересные обратные связи пространственной антиципационной состоятельности с личностной тревожностью, обидой, негативизмом, индексом враждебности, чувством вины. Пространственная антиципационная несостоятельность во многом обуславливает возникновение «неуклюжести». На наш взгляд, «неуклюжесть» может привести к раздражению в реактивной форме, а в латентной – устоявшемуся чувству вины и настроенности и, как следствие, тревожности.

Выводы:

1. В группе больных средние значения индекса агрессивности находятся на уровне ниже нормы, а уровни реактивной и личностной тревожности соответствуют значению «высокая тревожность». В контрольной группе все средние значения находятся в пределах нормы.
2. Наибольшее число связей в обеих группах обнаруживается у шкал раздражение, индекс враждебности, личностная тревожность и чувство вины.
3. В группе больных выявлены обратные корреляции личностно-ситуативной и общей антиципационной состоятельности с косвенной агрессией, с чувством вины, а в контроле выявлены обратные связи личностно-ситуативной и общей антиципационной состоятельности с раздражением.
4. Полученные результаты вносят дополнения в структуру личности больных невротическими расстройствами.

Практическая значимость: Полученные результаты вносят дополнения в понимание структуры личности больных с невротическими расстройствами, которые необходимо учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий. Так, например, найденные обратные связи между антиципацией и косвенной агрессией показывают, что данный контингент больных склонен не выражать напрямую свою агрессию, в том числе направляя ее на себя (чувство вины), и не способен предвидеть результаты этой агрессии, что потребует отдельного внимания при проведении терапии и психокоррекции.

Список литературы:

1. Бэрн Р. *Агрессия*. / Бэрн Р., Ричардсон Д. // Спб.: Питер, 2001 – С. 25, 56–89, 195–214.
2. *Вероятностное прогнозирование в деятельности человека* / Под ред. И.М. Фейгенберга, Г.Е. Журавлева. – М., 1977. – 392 с.
3. Захаров А.И. *Происхождение детских неврозов и психотерапия*. / Захаров А.И. // М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – С. 5.
4. Китаев – Смык Л.А. *Психология стресса*. – М.: Наука, 1983. – 348 с.

5. Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н. *Антиципация в структуре деятельности*. М.: Наука, 1980.
6. Менделевич В.Д. *Антиципационные механизмы невротогенеза* / В.Д. Менделевич // *Психологический журнал*. – 1996. № 4. – С. 107–114.
7. Менделевич В.Д. *Неврология и психосоматическая медицина*. / Менделевич В.Д. // М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 55, 167.
8. Немов С.Р. *Основы общей психологии кн. 1* / Немов С.Р. // М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. 2003. С. 181–190, 394–401.
9. Ушаков Г.К. *Пограничные нервно-психические расстройства*. – М.: Медицина, 1987. – 2-е изд., перераб. и доп. – С. 12–35.
10. van Praag H. M. *Депрессия, тревожные расстройства, агрессия: попытки распутать гордиев узел*. / van Praag H. M. // *Медиография*. 1998; Том 20: № 2: С 27–35.

Даниленко О.А.

Формирование истероформной симптоматики в структуре шизофрении и шизотипического расстройства

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск

Введение: Причинами неугающего интереса к проблеме шизофрении являются многообразие ее клинических проявлений и вариантов течения, а также бремя, накладываемое болезнью на государство и родственников. Наравне с изучением ядерных процессуальных нарушений, большую теоретическую и практическую значимость имеет исследование так называемой «фасадной» симптоматики. Изучение последней способствует улучшению прогноза через разрешение вопросов ранней диагностики. Семке В. Я. (1988, 2003) связывает трудности дифференциации истерии и истероформных состояний шизофренического генеза с многообразием клинических симптомов истерии и функциональных симптомов, возникающих на ранних стадиях процессуального заболевания и их сходством, определяющимся отчасти биологическим базисом, на котором они возникают, – психическим инфантилизмом.

Преморбидный уровень адаптации, обусловленный особенностями личности, должен рассматриваться в качестве одного из важнейших предикторов дальнейшего течения расстройств шизофренического спектра.

Целью настоящего исследования было выявление факторов, способствующих формированию истероформной симптоматики в структуре заболеваний шизофренического спектра.

Материалы и методы: Объектом исследования явились пациенты, проходившие стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН в период с 2007 по 2010 г., состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении или шизотипического расстройства по МКБ-10. В соответствии с критериями отбора в группу исследования вошли 87 пациентов, в структуре расстройств которых, наряду с типично шизофреническими нарушениями, присутствовала истероформная симптоматика. Группу сравнения составили 60 больных с аналогичными диагнозами и давностью заболевания без выраженной истероформной симптоматики.

В качестве основных методов исследования использовались: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический.

Результаты и обсуждение: При изучении наследственной отягощенности по манифестным формам психической патологии достоверно чаще в основной группе встречались лица с неотягощенной наследственностью (72,9%); в 23,6% случаев психическим расстройством страдали родственники первой степени родства, в 3,5% – дальние родственники. В группе сравнения наследственная отягощенность отсутствовала в 46,7% случаев, у 50,0% пациентов психическим расстройством страдал один из ближайших родственников, у 3,3% – имелись больные среди дальних родственников.

Исследование частоты встречаемости различных личностных радикалов среди матерей пациентов показало, что в основной группе достоверно ($p < 0,001$) чаще встречались истерические черты – 34,5% и их комбинации (истеровозбудимые – 16,1%, истероэпилептоидные – 4,6%, истеротревожные – 8,1% и истеропаранойяльные – 4,6%), вообще отсутствовавшие в группе сравнения. В группе сравнения матери чаще имели паранойяльный – 26,7% ($p < 0,001$), тревожно-уклоняющийся ($p < 0,05$), шизоидный – 13,3% склад личности, а также сочетание шизоидных и паранойяльных черт – 6,7% (последние два типа встречались только в данной подгруппе).

Склад личности отца у пациентов двух групп также имел достоверные отличия. В исследуемой группе достоверно чаще ($p < 0,05$) среди отцов пациентов встречался эпилептоидный склад характера – 18,4%, а также отсутствовавшие в другой группе лица с преобладанием истерических (5,8%), истеровозбудимых (16,1%), психастенических (4,6%) и тревожно-уклоняющихся (2,3%) черт. В группе сравнения среди отцов пациентов достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались лица с шизоидными (33,3%) и паранойяльными (20,0%) чертами. Следует отметить, что как в основной

группе, так и в группе сравнения, отцы имели возбудимый склад характера (23,0 и 30,0%).

Личностные особенности родителей пациентов проявлялись во внутрисемейных отношениях и стиле воспитания. В обеих группах процент пациентов, воспитывавшихся в относительно гармоничных семьях, члены которых были связаны теплой эмоциональной привязанностью друг к другу, был невелик и составил 11,5% в основной группе и 8,0% в группе сравнения. Эмоционально-отчужденная структура родительской семьи достоверно чаще ($p < 0,05$) встречалась среди пациентов группы сравнения (39,0 и 25,3%). Для таких семей было характерным отсутствие открытого проявления эмоций, эмоциональной поддержки, доверительных отношений. Практически с равно высокой частотой встречались семьи с фиксированными ролевыми структурами в обеих группах. Несколько чаще у пациентов исследуемой группы встречались родительские семьи, в которых доминировала псевдовзаимность или же формировался расщепленный брак с образованием коалиций.

При изучении данных о стиле воспитания выявлено, что адаптивный тип встречался достаточно редко (4,7% – в основной группе и 2,3% – в группе сравнения). Наиболее часто в обеих группах встречалось воспитание по типу гиперопеки (подавляющей или потворствующей). Оба типа гиперопеки выполняют функцию ограждения ребенка от любого рода опасностей, способствуя развитию чрезмерной эмоциональной зависимости от родителей, что объясняет достоверное ($p < 0,01$) преобладание зависимых отношений с родителями у пациентов как в основной группе (74,7%), так и в группе сравнения (50,0%).

В основной группе чаще, чем в группе сравнения, встречался «маятникообразный» стиль воспитания (25,9 и 16,7%), характеризующийся повторяющейся сменой эмоционального отношения к ребенку и предъявлением родителями противоположных, зачастую взаимоисключающих требований. Пациенты группы сравнения достоверно ($p < 0,01$) чаще воспитывались в атмосфере эмоционального отвержения – 30,0%. В обеих исследуемых группах с близкой частотой встречалось воспитание в условиях повышенной моральной ответственности.

Распределение типов воспитания частично связано с особенностями психологического травматизма в каждой из групп. Так, у пациентов исследуемой группы в 16,1% случаев встречалась смерть одного из родителей, что при невозможности создания новой семьи живым родителем приводило к воспитанию в условиях потворствующей гиперопеки. Преобладание воспитания в эмоциональном отвержении, а также гипоопеки в группе сравнения во многом связано с чаще встречавшимися ситуациями появле-

ния отчима/мачехи в семье (13,3%), тяжелой болезнью одного из родителей (16,1%), воспитанием вне семьи (6,7%), в том числе в интернате (4,7%).

У пациентов исследуемой группы в качестве ведущих в преморбидном складе личности достоверно ($p < 0,05$) чаще встречались истерические черты (20,7%) и их сочетания с шизоидными (19,6%), паранойяльными (13,8%) и эпилептоидными (10,4%). В группе сравнения преобладали шизоидные – 23,3% ($p < 0,05$), шизоидные в сочетании с паранойяльными – 16,7%, психастенические – 9,9%, тревожно-уклоняющиеся – 9,9%, паранойяльные – 6,7%, ананкастные – 6,7%, возбудимые – 6,7% черты.

Помимо личностных особенностей преморбидного периода, влияние на проявления и течение шизофренического процесса оказывает и степень выраженности характерологических черт. В исследуемой группе достоверно ($p < 0,05$) чаще по сравнению с группой сравнения встречались лица с ранее установленным диагнозом расстройства личности (истерического и смешанного типов) – 34,5 и 6,7% соответственно. Следует отметить, что возможна двоякая трактовка вышеописанного феномена: как в качестве выраженных черт характера, достигающих уровня расстройства личности, так и нарушений инициального периода, когда более феноменологически яркие истероформные расстройства маскируют негативные процессуальные изменения.

К числу важнейших характеристик адаптации относится социальный статус на момент возникновения заболевания. В целом можно говорить о более высоком социальном статусе к началу заболевания у пациентов с истероформными расстройствами. В основной группе чаще по сравнению с группой сравнения встречались студенты вузов (48,3 и 26,7%). В обеих группах с близкой частотой встречались служащие бюджетных организаций. В группе сравнения чаще встречались учащиеся школ и профессионально-технических училищ (16,7%) и работники промышленности (20,0%) ($p < 0,01$).

Выводы: Проведенное исследование выявило, что предрасполагающим к появлению истероформной симптоматики в структуре шизофрении и шизотипического расстройства можно считать сочетание следующих факторов: меньшая наследственная отягощенность психическими заболеваниями; преобладание у матерей истерических черт и их комбинаций, а у отцов – эпилептоидных и истеровозбудимых черт; психологическая травма, связанная со смертью одного из родителей; преобладание в семьях псевдовзаимности и формирования коалиций между ее членами; воспитание по «маятникообразному» типу или в условиях гиперопеки; истерические черты и их комбинации в преморбиде и относительно высокий социальный статус к началу заболевания.

Ковалева А.В.

Темперамент и личностная значимость стресс-фактора в возникновении эндогенорморфной депрессии

ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития РФ, Иркутск

Целью настоящего исследования являлось определение взаимосвязи формально-динамического уровня индивидуальности (темперамента) с личностным значением стрессового фактора у больных с эндогенорморфной депрессией.

Материал и методы: В зарубежной и отечественной литературе выделяются два вида депрессий в зависимости от аутохтонного и стресспровоцированного ее возникновения. Стресспровоцированная депрессия получила название эндогенорморфной депрессии (Klein D.F., 1974; Краснов В.Н., 2011; Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., 2010; Смулевич А.Б., 2012), депрессия с аутохтонным возникновением – эндогенной депрессии. Исследование темперамента проведено на контингенте пациентов с эндогенорморфной депрессией. Количество пациентов было 21, из них женщин – 17 (80,9%), мужчин – 4 (19,1%), средний возраст возникновения депрессии составил $43,9 \pm 9,9$ года. Вполне зрелый возраст пациентов к моменту настоящего исследования ($46,3 \pm 3,2$ года), скрупулезное изучение анамнеза позволило исключить наличие в прошлом каких-либо проявлений гипоманиакального состояния, в том числе провоцированного предшествующей антидепрессивной терапией. Умеренная степень тяжести депрессивного эпизода (ДЭ) диагностирована у 5 пациентов (23,8%), промежуточная степень между умеренной и тяжелой – 6 (28,6%). Основанием этому служило наличие у каждого из больных всех 3 типичных симптомов депрессии и дополнительно от 2 до 3 других проявлений депрессии из перечня «а-ж» (F32 МКБ-10). В зарубежной литературе имеются указания на возможность выделения промежуточной (переходной) степени тяжести большой депрессии или большого депрессивного эпизода (Kendler K.S. et al., 1998). В отечественной литературе промежуточная степень тяжести ДЭ выделяют Е.А. Григорьева (2008), А.С. Бобров (2010). Тяжелый без психотических симптомов ДЭ диагностирован у 10 (47,6%).

Наследственная отягощенность психическими и поведенческими расстройствами у родственников 1 степени родства выявлена в 33,3% (n=7) и была представлена алкоголизмом и наркотической зависимостью (23,8%); реже определялись патохарактерологические расстройства (4,8%), суици-

дальное поведение (4,8), манифестная форма шизофрении (4,8%). В дошкольном и школьном анамнезе в 23,8% (n=5) наблюдений выявлены промежуточные проявления психопатологического диатеза в виде проявлений реактивной лабильности, проявляющейся психогенно обусловленными кратковременными эпизодами сниженного настроения, нарушениями сна и снижения аппетита. Частота экзогенной комприметации мозга (ЭКМ) в отдаленном анамнезе среди больных эндогенной депрессией составила 23,8% (n=5) и была представлена осложненным акушерским анамнезом матерей пробандов (недоношенность, хроническая внутриутробная гипоксия плода, затяжные роды).

Исследование темперамента проводилось после адекватной состоянию пациентов (тяжести, типа депрессии) психофармакотерапии антидепрессантами I-го и II-го поколения, у ряда больных в сочетании с атипичными нейрорептиками. Исследование выполнено с соблюдением всех стандартных предписаний в отношении информирования пациента, согласованных с Комиссией по этике. Оценка темперамента осуществлялась с помощью отечественного опросника формально-динамических свойств индивидуальности, предусмотренного для взрослых (ОФДСИ-В) (Русалов В. М., 2004). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных методов подсчета средних величин, подсчета достоверности разности показателей. В целях исследования связи типов темперамента с содержанием стрессового фактора применялся метод четырехпольной корреляции (коэффициент j), используемый при сравнении двух переменных, измеренных в дихотомической шкале (Шишлянникова Л. М., 2009; Трухачева В. Н., 2012).

Результаты и обсуждение: Выявлены шесть типов темперамента, свойственных пациентам со стресспровоцированным возникновением эндогенной депрессии. В соответствии с квалификацией В. М. Русалова (2004) тип и частота темперамента среди изученной группы больных распределились следующим образом депрессии: «сангвино-холерический» – высокие значения эргичности, пластичности, скорости в психомоторной, интеллектуальной, коммуникативной сферах поведения и общая эмоциональность в пределах нормы (52,4%/21); «холерик» – высокие значения эргичности, пластичности, скорости и эмоциональности (19%/21). Значительно реже, в изученной группе больных выявлялись: «сангвиник» – высокие значения эргичности, пластичности и скорости в психомоторной, интеллектуальной, коммуникативной сферах поведения и низкие значения эмоциональности (9,5%/21); «неопределенный, общесмешанный тип» с средними значениями эргичности, пластичности, скорости и эмоциональности во всех сферах поведения (4,8%/21); «меланхо-холерический

тип или смешанный высоко эмоциональный» – средние значения эргичности, пластичности, скорости и высокие значения эмоциональности (4,8%/21); «меланхолик» с низкими значениями эргичности, пластичности и скорости при высоких значениях эмоциональности (9,5%/21).

В определении личностного значения стресс-фактора, предшествующего формированию депрессии, использована систематика с выделением «Утраты», «Угрозы» и «Вызова» (Головизнина О. Л., 2004). В понятие «Утраты» включены утрата близкого человека, объекта привязанности и любви, актуальных положительных межличностных отношений; социального положения, значимых целей, опоры в жизни. Субъективное значение психотравмирующего фактора в виде «Угрозы» составляют: ожидаемая высокая вероятность физического насилия, болезни, потери социального статуса, материального благополучия, собственного здоровья, здоровья и благополучия значимых лиц.

Получены положительные корреляционные связи между определенным типом темперамента и личной значимостью стресс-фактора у больных с эндогенным типом депрессии. Так лица с «сангино-холерическим» типом темперамента оказались наиболее уязвимыми в отношении стресс-фактора в виде «Утраты» близкого человека, объекта «привязанности и любви», к примеру, это была трагическая гибель партнера по браку, единственной взрослой дочери в дорожно-транспортном происшествии, единственного малолетнего сына в результате несчастного случая, скоропостижная смерть взрослого сына от острой сердечно-сосудистой недостаточности ($r=0,527$, $p=0,01$). У лиц с «меланхолическим» типом темперамента отмечены положительные корреляционные связи со стресс-фактором в виде «Утраты» прежнего материального благополучия, к примеру, у женщины в ситуации расторжения брака ($r=0,447$, $p=0,025$), у лиц обоих полов – стресс-фактора в виде «Угрозы» материальному благополучию семьи в результате банкротства индивидуального предприятия или невозможности своевременного погашения кредита ($r=0,447$, $p=0,025$), «Угрозы» здоровью близкого человека в семье ($r=0,447$, $p=0,025$). При этом у лиц с «меланхолическим» типом темперамента выявлено наличие до трех стресс-факторов предшествующих возникновению депрессии ($r=0,580$, $p=0,005$). Для больных с «неопределенным или общесмешанным» типом темперамента и невысокой профессиональной компетентностью определена возможная корреляционная связь между возникновением депрессии и стрессовым событием с личностной значимостью в виде «Угрозы» потери социального положения ($r=0,689$, $p=0,0005$).

Таким образом, эмоциональность, как одна из черт темперамента, в случае высокой чувствительности или сильного эмоционального переживания

ния, ощущения неполноценности в процессе социального взаимодействия или профессиональной деятельности в сочетании с низкой активностью (монотония) в структуре меланхолического типа темперамента является predisposing условием для возникновения депрессии в случае воздействия стрессового фактора с личностным значением «Утраты» или «Угрозы» материальному благополучию, «Угрозы» здоровью близкого человека. Средние значения эмоциональности в сочетании со средней активностью в психомоторной, интеллектуальной и коммуникативной сферах активности в структуре «неопределенного, общесмешанного» типа темперамента определяют чувствительность индивидуума к стрессовым событиям социального характера, например, «Угроза» потери социального статуса. В то же время средние значения эмоциональности в сочетании с высокими значениями активности во всех сферах деятельности индивидуума, формирующие «сангвино-холерический или смешанный высокоактивный» тип темперамента, определяют высокую вероятность формирования депрессии лишь в случае воздействия острого и выраженного по интенсивности стрессового фактора, а именно «Утраты» близкого человека в случае его внезапной смерти.

Заключение: Можно полагать, что «подготовка» к возникновению эндогенной депрессии (депрессии, возникновению которой предшествует психогенный фактор) складывается задолго до ее манифеста. Существенным для определения «почвы» будущей эндогенной депрессии являются осложненный акушерский анамнез матерей этих пациентов, что несомненно формирует определенную экзогенную компроментацию мозга; склонность к реактивной лабильности в детско-подростковом возрасте; пре- и климактерический период к моменту столкновения со стресспсихогенным фактором. Накопление факторов предуготовленности к возникновению эндогенной депрессии разрешается при столкновении с психогенией. При этом существенным является выявление определенной уязвимости по отношению к личной значимости стресс-фактора именно в структуре темперамента. Рассматривая механизм формирования эндогенной депрессии в рамках «диатез-стрессовой», модели можно предположить, что структура темперамента выступает в качестве predispositional характеристики, которая при взаимодействии со средовыми условиями способствует возникновению депрессии. Следовательно, биологическая организация человека, в частности его формально-динамические особенности (темперамент), оказывает существенное влияние на различное восприятие личностно значимого содержания стрессового фактора, предшествующего формированию депрессии.

Коршняк Е.В.

Непсихотические психические расстройства в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы: патогенез и клиника (Обзор литературы)

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина*

Статья является обзором современной научной литературы по вопросам патогенеза и клинических проявлений больных с непсихотическими психическими расстройствами у пациентов в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, закрытая черепно-мозговая травма, патогенез, клинические проявления.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) установлено, что психическими заболеваниями страдают более 450 млн людей. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. психические расстройства войдут в мировую пятерку болезней-лидеров [2, 6]. Именно поэтому их изучение, при различных соматических заболеваниях, становится все более актуальной проблемой и привлекает все большее внимание. Существенный рост этой группы обусловлен ростом количества непсихотических психических расстройств (НППР), которые в свою очередь становятся более резистентными к медикаментозной терапии и различаются клиническим патоморфозом [2, 6, 9, 12, 15]. Если обратиться к классификации предложенной М. Е. Бачериковым (1989 г.), то к НППР травматического генеза можно отнести: постконтузионный синдром (астенический, астеноневротический, астеноипохондрический, астенодепрессивный, астеноабулический, травматическую церебрастию); травматическую энцефалопатию с непсихотическими нарушениями (синдромом аффективной неустойчивости и психопатоподобный синдромом); органический психосиндром без психотических нарушений.

НППР нередко провоцируются психогенными и физиогенными факторами. Одним из пусковых механизмов возникновения НППР является травма головного мозга. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одним из наиболее распространенных видов повреждений, она составляет от 36 до 40% от всех видов травм и занимает ведущее место среди причин смерти и инвалидизации в трудоспособной части населения. Повреждение головного мозга ежегодно получает 1 млн 200 тыс. человек, из которых 100 тыс. признаются инвалидами. После перенесенной ЗЧМТ резидуальное состояние больных не является состоянием покоя.

В мозгу остаются не только структурные изменения, но и определенные функциональные нарушения, которые находятся в состоянии постоянного развития, а порой прогрессируют и проявляют себя различными патологическими синдромами. Травма нарушает деятельность мозга как за счет первичного (биомеханического фактора), так и вследствие последующего вторичного повреждения (активация патофизиологических каскадов). Конечно, ЧМТ является стрессом, который включает механизмы, приводящие к глубоким изменениям обмена веществ в органах и тканях. Вторичное повреждение охватывает множество сложных биохимических и клеточных процессов, увеличивающих тяжесть первичного повреждения [1, 2, 6]. Период отдаленных последствий черепно-мозговых травм наступает тогда, когда не происходит полного восстановления здоровья. Отдаленные последствия длятся многие месяцы и годы. Они проявляются различными формами астении, психопатоподобными изменениями личности, пароксизмальными расстройствами, в том числе и различными видами измененного сознания, эндоформными (аффективными, бредовыми и галлюцинаторно-бредовыми) психозами и слабоумием. Период отдаленных последствий (резидуальных явлений) характеризуется функциональными или органическими нарушениями, снижением переносимости физических и нервно-психических нагрузок, вестибулярных раздражений. Влияние дополнительных вредностей на этом этапе, наличие органического дефекта и неустойчивость регуляторных механизмов создают условия для развития психических расстройств. Частота, стойкость и выраженность психических нарушений зависят от пола, возраста, соматического состояния больных, тяжести травмы, недостаточности лечения на предыдущих этапах. Психические нарушения в отдаленный период травматической болезни наблюдаются не только после тяжелых, но и после легких черепно-мозговых травм.

Современные представления о патогенезе и клинике ЗЧМТ позволяют рассматривать ее как болезнь регуляции [2, 3, 4, 5]. При этом тяжесть клинического течения не коррелирует с выявленными изменениями со стороны психической сферы пациента. Порой, картина психических расстройств в отдаленном периоде ЗЧМТ более яркая, насыщенная и разнообразная, чем в остром периоде травмы. Наблюдаются парадоксальные диссоциации между неврологическим статусом в остром (практически нормализовавшемся) и отдаленном (насыщенном полиморфном) периодах легких ЧМТ, а также противоположная тенденция в развитии последствий травм разной тяжести. Отсюда следует, что психогенные механизмы, запускающиеся в остром периоде травм, осложняя картину заболевания, не играют еще

ведущей роли. В последующем они часто приобретают главенствующее значение [1, 4].

Современные биохимические и нейрохимические исследования подтверждают наличие связи ведущих психических заболеваний с биохимическими, эндокринными и иммунными процессами в мозге и организме в целом. Кроме того, в настоящее время продолжает расти интерес к изучению роли эпифиза и его гормона мелатонина в регуляции физиологических и патологических состояний организма человека [1, 3]. В естественных условиях ограничения с возрастом секреторной активности эпифиза приводит к прогрессирующему дефициту его основного гормона мелатонина (МТ). Дефицит эпифизарного МТ среди других факторов способствует развитию возрастной когнитивной патологии. Это объясняется тем, что у экзогенного МТ обнаружена способность ослаблять мнестические нарушения, улучшать сенсорное восприятие, ликвидировать дизритмични проявления, сопутствующими и другими органическими поражениями головного мозга, связанным с его травмой, ишемией, нейроинтоксикации или развитием нейродегенеративных заболеваний. В основе МТ-нейропротекции лежат механизмы, что и в основе действия ноотропных средств: антиоксидантный эффект, ограничения различных форм нейротоксичности (глутамата, окиси азота, бета-амилоидного пептида, металлов и др.), а также синхронизация биоритмов, изменение эндокринного статуса [3, 10, 11]. Тем самым по совокупности свойств МТ правомерно рассматривать в качестве естественного ноотропного агента и рекомендовать его для комплексной терапии эмоциональных и когнитивных расстройств различного происхождения, в том числе в отдаленном периоде ЗЧМТ [1, 3, 4, 10]. При рассмотрении патогенеза постконтузионного, органического психосиндрома и травматической энцефалопатии можно отметить, что механизмы их развития в отдаленном периоде ЗЧМТ напрямую связаны с изменениями мозговой ткани, имеющими атрофический, рубцовый, или дистрофический характер. Синдром возникает в результате сложного взаимодействия органических и функциональных изменений интегративных систем лобной, и височной долей, и психологических факторов. Наличие неврологических нарушений выражено в расстройствах ликвородинамики, вазопатии, гипертензивном хроническом синдроме, неврологических очаговых расстройствах. При этом сроки сохранения, а также степень выраженности зависят от многих факторов: возраст пострадавшего, локализация травмы, ее тяжесть, эффективность назначенной терапии, и пр. [14]. Указанный процесс не стационарный, он может меняться в степени выраженности в ту или иную сторону в зависимости от многих составляющих. Ультраструктурные, цитохимические и биохимические изменения, преимуще-

ственно в синапсах, могут нарушать интегративную деятельность мозга и обуславливать формирование отдаленных последствий с возникновением новой, неустойчивой нервной организации [12, 14, 15]. Наряду с морфо-функциональными особенностями развития НППР травматического генеза нельзя не упомянуть о механизме личностной адаптации к окружающей среде. Ведь именно нарушение приспособительных механизмов лежит в основе психических нарушений. Основу дезадаптации психической деятельности при пограничных формах расстройств определяет ослабленная активность системы психической адаптации [6, 9]. Нейрофизиологическая схема механизмов, приводящих к психической дезадаптации, выглядит следующим образом: мозг как функциональная система, обеспечивающая поведенческий акт, включает в качестве важнейшей основы афферентный синтез, в процессе которого принимается решение о возможном действии с учетом ожидаемого будущего результата [11, 13, 15]. Принятие и выполнение решения связаны с деятельностью акцептора результата действия, который благодаря механизмам памяти и обратной афферентации прогнозирует ситуацию («опережающее отражение»), контролируя и исправляя поведение. При психотравмирующих ситуациях возникают сильные отрицательные эмоции, толкающие к более энергичному поиску путей удовлетворения потребности, что может привести к нарушению афферентного синтеза, рассогласованию деятельности акцептора результата действия и неадекватному поведению [7, 13, 15]. Именно психогенные и биологические факторы способствуют возникновению пограничных психических расстройств. Чем более выражено воздействие психогенного фактора, тем ближе к границе нормы относится конкретная форма пограничных психических расстройств.

Список литературы:

1. Амон М., Буае П.-Т., Моке Е. *Перспективы в изучении патогенеза и терапии аффективных расстройств: роль мелатонина и серотонина*. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, – 2007;11:77–82.
2. Войтенко Р.М. *Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации при психических болезнях* // Р. М. Войтенко // – СПб., – 2003. – 382 с.
3. Датиева В.К., Васенина [HYPERLINK «http://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-primeneniya-melatonina-v-klinicheskoy-praktike»](http://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-primeneniya-melatonina-v-klinicheskoy-praktike) Е.Е., Левин [HYPERLINK «http://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-primeneniya-melatonina-v-klinicheskoy-praktike»](http://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-primeneniya-melatonina-v-klinicheskoy-praktike) О. С. *Перспективы применения мелатонина в клинической практике* // В. К. Датиева // *Журнал Современная терапия в психиатрии и неврологии*. – 2013. – Вып. 1. – С. 47–51.

4. Дафин Ф. Мурешану, Нейропротекция и нейропластичность при черепно-мозговой и спинальной травме // *Міжнародний неврологічний журнал*. – 2007. – № 6 (16). – С. 7–13.
5. Коршняк В.О. Динаміка вегетативних показників у хворих з наслідками закритих черепно-мозкових травм до і після лікування транскраніальною електроаналгезією / В.О. Коршняк // *Український медичний альманах*. – 2009. – Том 12, № 1. – С. 93–96.
6. Марута Н.А. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза // Н.А. Марута, Т.В. Паныко // *Український вісник психоневрології*. – 2013. – Т. 21. вип. 1 (74). – С. 75–82.
7. Маркин С.П. Современный взгляд на черепно-мозговую травму / С.П. Маркин // *Материалы XV Международной конференции «Основные направления фармакотерапии в неврологии»*. – К. 2013. – С. 298–303.
8. Рудницкий В.А. Типы течения непсихотических психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и эффективность лечебно-профилактических мер. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – № 6 (81) 2013 г. – С. 26–33.
9. *Continuity of care for people with non-psychotic disorders* Jocelyn Catty, Naomi Cowan, Zoe Poole., et al. *Int. J. Soc. Psychiatry* February 2013 59: 18-27.
10. Fatih Özçelik, Murat Erdem, Abdullah Bolu, Murat Gülsün. Melatonin: General Features and its Role in Psychiatric Disorders. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2013; 5(2): 179-203.
11. Morgan K, Kucharczyk E, Gregory P (2011) *Insomnia: evidence-based approaches to assessment and management*. *Clin Med* 11: 278–281.
12. *Non-psychotic, non-major affective psychiatric disorders in adolescent boys were associated with greater schizophrenia risk* (2001) *Arch Gen Psychiatry* 58, 959. Weiser M, Reichenberg A, Rabinowitz J., et al. *Association between nonpsychotic psychiatric diagnoses in adolescent males and subsequent onset of schizophrenia*. *Oct*; - 64.
13. Richards J, Gumz ML. *Advances in understanding the peripheral circadian clocks*. *FASEB J* 2012; 26:3602-3613.
14. Sullivan P.G., Rabchevsky A.G., Waldmeier P.C., Springer J.E. *Mitochondrial permeability transition in CNS trauma: cause or effect of neuronal cell death?* // *J. Neurosci Res*. - 2005. - 79. - 231-239.
15. *Treatment in Postconcussional Syndrome*. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 2013; 5(1):95-108.

Максимкина В.Ю., Артемьева М.С.

Интегративная психотерапия в комплексном лечении пациенток с нервной булимией в условиях стационара

ГБУЗ «НПЦ психоневрологии» ДЗМ; кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва

Цель исследования: Выявление структуры психопатологических расстройств и личностно-психологических особенностей пациенток с нервной булимией, обозначение мишеней психотерапевтического воздействия и разработка программы интегративной групповой психотерапии данного нарушения пищевого поведения.

Материалы и методы: Обследованы 22 пациентки с диагнозом «нервная булимия» в возрасте от 18 до 34 лет, проходившие курс комплексного психофармакотерапевтического и психотерапевтического лечения на базе НПЦ психоневрологии ДЗМ г. Москвы. Обследование проводилось клинико-психопатологическим, клинико-динамическим методами, с использованием психометрических шкал (Торонтская алекситимическая шкала, шкала самооценки личностной и ситуационной тревожности Спилбергера-Ханина, шкала самооценки депрессии Бэка, личностный опросник FPI, методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хейма, Опросник пищевых предпочтений ЕАТ-26) при поступлении на лечение и по окончании срока госпитализации.

Результаты и их обсуждение: При поступлении в стационар у всех пациенток отмечалось выраженное булимическое поведение с частотой эпизодов переяданий от 1 до 4 раз в день с последующими мероприятиями противодействия увеличению массы тела (вызывание рвот, злоупотребление слабительными и мочегонными средствами, чрезмерные физические нагрузки, голодание). Основными предъявляемыми жалобами были: непреодолимая тяга к пище, нарушение контроля над пищевым поведением, страх прибавления массы тела, снижение настроения, невозможность полноценно работать и учиться, конфликтные отношения со значимыми людьми. Среднее значение по шкале пищевых предпочтений ЕАТ-26 составило $38,28 \pm 5,21$ (в норме до 10) баллов. Выявлены высокий уровень тревожности, как личностной ($49,36 \pm 13,20$), так и ситуационной ($51,59 \pm 14,99$), а также высокие показатели депрессии ($34,59 \pm 5,80$), алекситимии $81,77 \pm 8,93$ (у здоровых людей менее 62) баллов. 68% пациенток преимущественно используют неадаптивные способы совладания со стрессом, такие как растерянность, подавление эмоций, покорность, активное избегание и отступление. Среди личностных характеристик пациенток преобладали высокие

уровни по шкалам невротичности, агрессивности, депрессивности, раздражительности, застенчивости, эмоциональной лабильности, низкие показатели по шкалам общительности, уравновешенности, открытости, отмечались нарушения половой самоидентификации.

Применявшаяся программа интегративной групповой терапии пациенток с нарушениями пищевого поведения была разработана для групп, состоящих из пяти-десяти участниц, встречающихся четыре раза в неделю, всего 16 сессий длительностью девяносто минут. Тип группы полуоткрытая-полузакрытая, допускающая включение в состав участниц группы вновь поступивших пациенток. Программа содержит методы рациональной, когнитивно-поведенческой и интерперсональной психотерапии, а также элементы гештальттерапии, психодраммы и суггестивной (Эриксоновской) терапии.

Групповые занятия в ключе рациональной психотерапии (проводятся один раз в неделю) больше носили обучающий характер. В лекциях о правильном питании предоставляется информация о различных пищевых расстройствах, их отрицательных физиологических последствиях и основных принципах правильного питания, а также опровергаются мифы относительно диет и очищения как способов контроля веса и фигуры. Пациенткам предлагается новый режим приема пищи в форме письменной программы, где четко определены частота и время приема, количество и вид пищи. На основании анализа пищевых дневников пациенток, отмечающих все детали питания, обсуждаются возможности формирования и введения новых пищевых привычек.

Когнитивные групповые психотерапевтические занятия (проводятся один раз в неделю) направлены на изменение ошибочных концепции и установок относительно питания и веса. Пациенткам предлагается описывать свои состояния, мысли и чувства в дневнике, и на основании полученного материала становятся доступными для выявления систематические неосознаваемые искажения в интерпретации проблем. Психотерапевт старается помочь пациенткам понять свои внутренние импульсы и научиться доверять им, осознать свои чувства и потребности, и в первую очередь – потребность в независимости, а также учит более приемлемым формам самоконтроля.

Групповые психотерапевтические занятия, сфокусированные на теме межличностных отношений, проводятся дважды в неделю и проходят в форме внешне малоструктурированной общей беседы, где каждая участница может выбирать темы, свободно высказывать свое мнение. Влияние психотерапевта, направляющего русло беседы вопросами в контексте темы разговора, должно быть минимально очевидным для создания достаточно комфортной и безопасной атмосферы общения среди участниц группы. Таким образом, групповая терапия обеспечивает условия для самораскрытия и взятия на себя ответственности, позволяет пациенткам научиться,

как быть подлинным в отношениях с другими людьми, поскольку они обнаруживают их конфликты и начинают решать эмоциональные проблемы. Уникальная ситуация групповой терапии предлагает возможность решить межличностные проблемы в повседневной жизни через взаимодействия в группе и раскрытие персональных конфликтов.

После проведения сеансов групповой психотерапии нарушений пищевого поведения на фоне психофармакотерапии в условиях стационара выявлена положительная динамика состояния пациенток в виде редукции булимической симптоматики вплоть до полного прекращения переяданий и последующего очистительного поведения у 18 пациенток (81%), среднее количество баллов по шкале пищевых предпочтений ЕАТ-26 снизилось до $26,90 \pm 5,56$. Также отмечается снижение уровней ситуативной тревожности до $38,77 \pm 12,00$ (по шкале Спилбергера-Ханина) и депрессивной симптоматики до $28,68 \pm 4,8$ (по шкале Бэка).

Проведение групповой психотерапии способствовало формированию у пациенток здорового паттерна пищевого поведения, выработке гибких, ориентированных на реальные возможности, механизмов адаптации к различным жизненным ситуациям, научило видеть внутренние и межличностные конфликты, лежащие в основе нарушенного пищевого поведения.

Выводы: Интегративная групповая психотерапия в структуре комплексного лечения пациенток с нервной булимией вносит существенный вклад в достижение основных целей терапии данной патологии, таких как: уменьшение или прекращение нарушенных стереотипов пищевого поведения (переядание, очистительное поведение), минимизация пищевых ограничений, расширение диапазона потребляемых продуктов, поощрение здоровых, но не избыточных физических нагрузок, уменьшение выраженности коморбидных тревожно-депрессивных расстройств, решение общих психосоциальных и межличностных проблем, ассоциированных с нарушенным пищевым поведением.

Садыкова Э.М.

Клинико-динамическая характеристика тревоги у лиц, вовлеченных в массовую истерическую эпидемию

Чеченский государственный университет, кафедра психиатрии, наркологии с курсом клинической психологии, Грозный

Эпидемически распространяющиеся психогении, казалось, остались в далеком прошлом. Известны массовые истерии Средневековья, когда ты-

сячи людей, преимущественно женщин, в разных странах Европы впадали в болезненные состояния с эмоциональным и двигательным возбуждением (с криками, воплями, неудержимыми «танцами» и др.), с вегетативными расстройствами (с икотой, рвотой, удушьем и др.). Данные катамнестических исследований истерических расстройств показывают, что наряду с исчезновением истерических проявлений и восстановлением психического здоровья рассматриваются варианты затяжного течения истерических расстройств. В этих случаях параллельно с фиксацией конверсионной симптоматики происходит расширение клинической картины с усугублением истерохарактерологических проявлений, присоединением стойкой астении, а также ипохондрических и дистимических расстройств. Таким образом, проведенные исследования патоморфоза конверсионных расстройств, свидетельствуют о том, что научные изыскания в этой области еще далеки от окончательного решения и остаются актуальными до настоящего времени (Семке В.Я.).

В декабре 2005 года около 140 детей и подростков Шелковского района, преимущественно девочки, в течение нескольких дней одновременно продемонстрировали схожие симптомы: онемение рук, ног, судорожные припадки, тошнота, озноб, слабость и пугающие приступы удушья. Приступы длились по несколько минут и повторялись 4–5 раз в день. Дети были госпитализированы в Шелковскую центральную районную больницу, с диагнозом «отравление неясной этиологии». В целях всестороннего обследования детей были приглашены различные специалисты, как местного, так и федерального уровня (Ахмедова Х.Б., Дальсаев М.А., Кекелидзе З.И.). В результате комплексного обследования был выставлен диагноз «массовое конверсионное расстройство». Пострадавшие дети проходили лечение и реабилитацию, как на территории республики, так и за ее пределами. По данным медицинской документации (медицинские карты стационарного больного), состояние больных значительно улучшилось, вследствие чего с весны 2008 года дальнейшее обследование прекратилось. Для изучения отдаленных последствий массового истерического расстройства, в 2013 году нами было проведено обследование лиц, пострадавших в этой эпидемии.

Цель исследования: Изучить клинико-динамические особенности тревоги у лиц, вовлеченных в массовое истерическое расстройство.

Объект исследования: Группа жителей Шелковского района ЧР, вовлеченных в эпидемию массового истерического расстройства. Выборка составила 60 человек, в возрасте от 18 до 25 лет, преимущественно девушки.

Методы исследования: В соответствии с целью и задачами исследования в работе использовались методы: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, для оценки уровня тревоги использована шкала Гамильтона (HARS).

Результаты исследования и обсуждение: Из общего числа обследуемых – 4 мужчин (6,6%) и 56 женщин (93,3%) в возрасте от 15 до 25 лет, у которых к моменту обследования значительно изменились социальный и семейный статус. 52 (86,6%) человека состоят в браке, живут со своей семьей, есть дети. В разводе – 3 человека (5%), 5 (8,3%) – не состоят в браке (3 девушек, 2 мужчин). Работают 4 человека (6,6%), 56 человек (93,3%) не работают, в эту группу входят преимущественно замужние женщины, занимающиеся домашним хозяйством. Имеют высшее законченное образование 3 человека (5%), неоконченное высшее – 8 человек (13,3%), среднее специальное – 4 человека (6,6%) и общее среднее образование у 40 человек (66,6%).

Анализ данных шкалы тревоги Гамильтона показал, что у 56 человек (93,3%) отмечается высокий уровень тревоги. Показатели по степени выраженности тревоги распределились следующим образом: у 41 человека (68,3%) отмечалась тревога средней степени выраженности, из которых 53,3% соответствовало 20 баллам. Тяжелая степень тревоги была выявлена у 13,3% (8 человек), средний показатель составлял 27 баллов. Наиболее высокие баллы отмечались по критериям кардиоваскулярных и респираторных симптомов, у 8 человек (13,3%).

В связи с отсутствием официальных данных показателей тревоги у пострадавших, не представляется возможным провести сравнительную оценку с результатами полученных нами данных. Но согласно сохранившейся медицинской документации и дневниковым записям наблюдений, можно предполагать, что у пострадавших отмечались высокие показатели тревоги, о чем свидетельствуют такие симптомы, как: приступы удушья, напряжение и непосредственно тревога и страхи.

Выводы: Установлено, что у подавляющего числа пострадавших – 56 человек (93,3%), вовлеченных в массовое конверсионное расстройство, по прошествии 9 лет сохраняется высокий уровень тревоги.

Стреминский С.Ю.

Социальные аспекты невротических состояний у комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга

*ГБОУ ВПО «Алтайский ГМУ» МЗСР России,
кафедра психиатрии и наркологии, Барнаул*

Цель исследования: Разработка алгоритма диагностики и комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у комбатантов с неврозами, со-

четанными с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга. Целью первого этапа исследования является изучение психогений, приобретенных комбатантами с экзогенно-органическим заболеванием головного мозга, в период после службы в армии.

Материалы и методы: Безвыборным методом нами были исследованы истории болезни комбатантов, проходивших лечение в госпитале ветеранов войн города Барнаула с 2008 по 2010 г.

Результаты и их обсуждение: По данным медицинской документации, за эти годы было пролечено 14 915 человек. В поле зрения психиатра попало 4 054 пациента ($27,2 \pm 0,003\%$), среди которых 613 пациентам ($15,1 \pm 0,01\%$) был выставлен диагноз ЭОЗГМ. Диагностика, проведенная в соответствии с МКБ-10, выявила превалирование других неуточненных психических расстройств, обусловленных повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (449 чел. – $73,2 \pm 0,07\%$) над органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (164 – $26,8 \pm 0,07\%$).

Согласно анамнестическим данным, комбатанты по большей части (450 – $73,4\%$) являлись участниками вооруженного конфликта в Афганистане. В боевых действиях в Чеченской Республике принимали участие 163 ($26,6\%$) военнослужащих. Лечение в госпитале проходили 611 ($99,7\%$) мужчин и 2 ($0,3\%$) женщины. В браке состояли 539 ($87,9\%$). Средний возраст больных составил 43,3 года. Самая многочисленная возрастная категория (263 – $42,9\%$) представлена возрастом 40–46 лет. Обследование в социальном плане показало, что 416 ($67,9\%$) комбатантов имели инвалидность. Официально работали 150 ($24,5\%$) пациентов.

В период с 2008 по 2010 г. 204 ($33,3\%$) пациента (мужчин), имеющих диагноз ЭОЗГМ, активно сообщали о перенесенных ими разного рода психических травмах и психотравмирующих ситуациях и, как следствие, предъявляли жалобы невротического характера.

В 2008 г. признаки психогенных воздействий обнаружены у 98 ($48,0\%$) комбатантов. На семейное неблагополучие жаловались 34 ($34,7\%$) пациента, для 8 ($8,2\%$) из них психотравмирующей ситуацией являлось участие в судебных разбирательствах, 20 ($20,4\%$) сообщали о смерти близких, 10 ($10,2\%$) – о долгах по кредитам, 23 ($23,5\%$) – об отсутствии работы, 3 ($3,0\%$) – о жилищных проблемах.

В 2009 г. признаки вторичной невротизации обнаружены в историях болезни 55 ($27,0\%$) пациентов. В качестве психогений 19 ($34,6\%$) комбатантов обозначали семейное неблагополучие, 8 ($14,5\%$) принимали участие в судебных разбирательствах, 9 ($16,4\%$) перенесли смерть близких, 8 ($14,5\%$) не справлялись с выплатой долгов по кредитам, 8 ($14,5\%$) находились в статусе безработных, для 3 ($5,5\%$) комбатантов наиболее актуальной являлась жилищная проблема.

В 2010 г. 51 (25,0%) пациент подвергся психогенным воздействиям. Пропорции наиболее распространенных психогений несколько изменились: 22 (43,1%) пациента жаловались на неразрешенные конфликты в семье, для 6 (11,8%) наиболее значимой проблемой являлось участие в судебных тяжбах, 15 (29,4%) пережили смерть близких. Только 2 (3,9%) пациента были должниками, 4 (7,9%) страдали от отсутствия работы, 2 (3,9%) беспокоили жилищные проблемы.

Во всех случаях у комбатантов прослеживались типичные для невротических расстройств жалобы: повышенная утомляемость; нарушение сна; разного рода навязчивости; повышенная тревожность; плохое настроение. Обращает на себя внимание тот факт, что возникновение психопатологической симптоматики пациенты связывали с психогенными воздействиями, полученными ими уже после службы в армии.

Проведенный нами анализ позволяет сделать вывод, что за период с 2008 по 2010 г. 32 (15,7%) комбатанта при повторных госпитализациях озвучивали те же, что и прежде, социальные и бытовые проблемы. Наряду с жалобами, характерными для клиники ЭОЗГМ, ими предъявлялись те же, что и прежде, жалобы невротического характера.

Результаты исследования показывают, что на протяжении 3 лет наиболее актуальной психогенией для комбатантов оставалось семейное неблагополучие. К неблагоприятным факторам, обеспечивающим ее доминирование, следует отнести социальную дезадаптацию, частое употребление алкоголя, неадекватное поведение в состоянии алкогольного опьянения, а также характерное для пациентов, страдающих ЭОЗГМ, заострение личностных черт.

Прослеживается снижение показателей в статистике долгов по кредитам и отсутствия работы.

Клиническая картина вторичной невротизации в исследованных нами историях болезни комбатантов соответствует их описанию в медицинской литературе. Обращает на себя внимание тот факт, что жалобы невротического характера предъявлялись пациентами в первую очередь, однако смешанные расстройства не диагностировались, следовательно, лечебные мероприятия проводились без учета клинико-динамических особенностей коморбидности. В частности, психотерапия, направленная на разрешение психотравмирующих ситуаций и формирование психологической резистентности, не проводилась. Улучшение состояния рассматривалось в контексте динамики органической симптоматики.

Выводы: На основании проведенного нами исследования сделаны следующие выводы:

- Коморбидность ЭОЗГМ и невротических расстройств является весьма распространенным явлением у комбатантов.

- Игнорирование коморбидности приводит к взаимному отягощению клинических проявлений данных заболеваний.
- От своевременности диагностирования данной патологии зависит оптимизация схем требуемых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Черная Т.С.

Психотерапевтическое лечение тревожных расстройств

*Винницкая областная психоневрологическая больница им. А. И. Ющенко,
Винница, Украина*

Тревожные (тревожно-фобические) расстройства являются одним из часто встречающихся вариантов пограничной психической патологии. По данным эпидемиологических исследований, распространенность на протяжении жизни тревожных расстройств (панического расстройства, агорафобии, социальной фобии) в среднем составляет 1,5%.

В рамки нашего исследования было включены 115 пациентов с диагностическими категориями: паническое расстройство (F41.0), генерализованное тревожное расстройство (F41.1), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2), которые находились на обследовании и лечении в психиатрическом отделении ВОПНБ им. А.И. Ющенко. Группы составляли мужчины и женщины в возрасте 18–55 лет.

Мы изучили и систематизировали predispositional факторы социально-психологического характера, которые обуславливали особенности формирования тревожных расстройств, особенности клинических проявлений, и обнаружили некоторые патопсихологические особенности.

Было проведено комплексное экспериментально-психологическое обследование с использованием шкалы тревоги и тревожности Спилбергера-Ханина, личностного опросника Айзенка (EPI), шкалы Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии, методики Леонгарда-Шмишека.

В процессе обследования были выявлены основные факторы и условия формирования, клиничко-психопатологическая структура и особенности эмоциональных нарушений тревожных расстройств невротического регистра.

Нами было установлено, что широкий спектр психотерапевтических вмешательств, дифференцированно подобранных для коррекции тревожных расстройств в соответствии с выраженностью и длительностью клинической симптоматики, а также психологическими особенностями,

способствует более быстрой и стойкой редукции симптомов, а также восстановлению социально-психологической адаптации личности пациентов.

По результатам работы были выделены клинические рекомендации в системе психотерапии и психологической коррекции пациентов с тревожными расстройствами невротического регистра, которые доказывают свою эффективность.

Чугунов Д.А.

Особенности клинических проявлений и мотивов госпитализации больных с тревожно-фобическими расстройствами в общепсихиатрический стационар

*ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет»,
кафедра психиатрии и медицинской психологии, Москва*

Цель исследования: Изучение клинических особенностей фобических расстройств и мотивов госпитализации пациентов в общепсихиатрические отделения.

Материалы и методы: В исследование были включены 62 пациента (29 мужчин и 33 женщины, средний возраст $37 \pm 12,1$ года) с расстройствами шизофренического спектра, невротическими расстройствами (фобический невроз и невротическая депрессия) и биполярным аффективным расстройством, в клинической картине заболевания которых ведущее или существенное место занимали фобические расстройства. Длительность заболевания составляла $8,7 \pm 8,3$ года. Согласно диагностическим критериям МКБ-10 у больных было выявлено: агорафобия с паническим расстройством (F40.01) – 46 больных (74,2%); социальные фобии (F40.1) – 7 больных (11,3%); специфические фобии (F40.2) – 9 больных (14,5%). Данные рубрики МКБ-10 сочетались в ряде случаев со следующими диагностическими категориями: псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения (F21.3) – 28 больных; шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1) – 16 больных; биполярное аффективное расстройство (F31) – 4 больных; генерализованное тревожное расстройство (F41.2) – 20 больных; обсессивно-компульсивное расстройство (F42) – 11 больных. Данная группа больных находилась на лечении в отделениях участково-территориального профиля Московской городской клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева с 2008 по 2011 г. В исследование не включались больные моложе 18 и старше 60 лет, имеющие выраженную соматическую па-

тологию, психоорганические расстройства, страдающие алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. При обследовании были использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и статистический методы, шкала фобий Маркса-Шихана. Длительность катамнестического наблюдения составила от 1 до 4 лет. Все больные были консультированы психологом, а также врачами-специалистами (неврологом, терапевтом, эндокринологом).

Результаты: Преморбидные личностные особенности больных характеризовались наличием психастенических, шизоидных, истероидных, сенситивных и эпилептоидных черт (по А.Е. Личко). Преобладали сенситивные и шизоидные черты. Возникновению фобических расстройств предшествовали острые и хронические психотравмирующие ситуации, алкогольные эксцессы, перенесенные соматические заболевания.

Госпитализация больных была обусловлена тяжестью фобических расстройств, и их множественностью (наличие трех и более различных фобий у одного пациента). Панические атаки, возникавшие в структуре фобических расстройств, были крайне аффективно насыщенными, сопровождались психомоторным возбуждением, выраженной вегетативной симптоматикой, тревогой, достигавшей субпсихотического и, в отдельных случаях, психотического уровня, явлениями остро возникавших деперсонализации и дереализации, страхами преимущественно ипохондрического содержания.

В группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра деперсонализация была преимущественно аутопсихической. В структуре панических атак отмечалась конверсионная симптоматика (ком в горле, чувство слабости, «ватности» в конечностях, явления астазии-абазии, временная утрата чувствительности в различных частях тела), контрастные obsessions (страх выброситься из окна, или броситься под пребывающий поезд в метро, страх сойти с ума и убить кого-то из близких), в отдельных случаях наблюдались сенестопатические ощущения. На более поздних этапах развития фобических расстройств (5 лет и более) панические атаки постепенно утрачивали аффективную насыщенность, вегетативные расстройства становились стертыми, рудиментарными, замещались соматоформной симптоматикой.

Преобладали агорафобия с крайне высокой степенью избегания (вплоть до панагорафобии), транспортные фобии, фобии ипохондрического содержания с острым страхом смерти, суицидофобия, гомицидофобия, страх острых предметов, диспсихофобия. Средний балл по шкале фобий Маркса-Шихана составил $9,14 \pm 0,68$ балла, что свидетельствует о высокой интенсивности фобической симптоматики.

Следует отметить, что в группе больных с расстройствами шизофренического спектра отмечались (15 наблюдений) страхи, лишённые определённого содержания, расплывчатые, нечёткие. Это являлось отличительным признаком этой группы больных и не встречалось при других состояниях.

У большинства больных отмечался невысокий социальный и семейный статус. Лишь 15 из них (24%) состояли в браке на момент обследования, 16 (26%) работали, другие либо имели группу инвалидности по психическому заболеванию, либо не работали, находились на иждивении у родственников.

Одной из причин госпитализации больных являлось оформление группы инвалидности по психическому заболеванию, нередко у самих больных отмечались рентные установки при обращении за помощью. Больные с выраженной агорафобической симптоматикой годами не покидали своего дома, и при ухудшении состояния доставлялись в приёмный покой бригадой скорой помощи, что расценивалось врачами как признак тяжести состояния и служило причиной помещения больных в общепсихиатрические отделения. Фобические расстройства часто сочетались с коморбидными тревожными, депрессивными и, реже, бредовыми расстройствами, тесно с ними связанными, что также являлось причиной госпитализации пациентов в отделения общего типа.

У больных шизофренией часто имели место выраженные личностные изменения, что также служило причиной их госпитализации в общепсихиатрические отделения. В этой же группе больных имели место случаи, когда больные с хроническими фобическими расстройствами госпитализировались в общепсихиатрические отделения, хотя их состояние позволяло им находиться в отделениях санаторного профиля. Вместе с тем это не вызывало протеста у самих пациентов, при переводе в санаторное отделение ими в беседе подчеркивалось, что находиться в общепсихиатрических отделениях для них психологически проще, что являлось своеобразной особенностью данной группы больных, и не встречалось при других расстройствах.

Фобии чаще всего носили не навязчивый, а сверхценный характер. Данное обстоятельство не зависело от диагноза обследуемых. Временами страхи достигали бредоподобного уровня, имели крайне необычное, вычурное содержание (страх, что поезд в метро повредит ресницы; страх родов), и расценивались врачами как бредовые расстройства, что наблюдалось у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Наличие бредоподобных страхов также служило причиной госпитализации больных в общепсихиатрические отделения.

Фобические расстройства имели, в большинстве случаев, рекуррентное течение, реже встречался непрерывный вариант динамики. При обоих

типах течения выявлялась тенденция к прогрессированию симптоматики. Данное обстоятельство так же обуславливало низкий уровень социального функционирования больных, служило причиной оформления инвалидности. У пациентов с невротизмом при затяжном течении симптоматики (5 лет и более) формировалось невротическое развитие личности.

Страх потерять контроль над собой, выбраться из окна, в нескольких случаях трактовался врачами как суицидальные тенденции, что приводило к недобровольной госпитализации больных. В отдельных случаях, на фоне депрессивных расстройств, тесно связанных с фобиями, выраженных суицидальных тенденций, или суицидальных попыток, больные так же госпитализировались недобровольно. Другой причиной недобровольной госпитализации больных являлся страх острых предметов (от тарелки, стакана отколетса кусок, попадет в организм и т. д.), из-за которого больные отказывались от еды, и наличие гомицидофобии, что расценивалось врачами как непосредственная опасность больного для окружающих.

Выводы:

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

Штарк Л.Н.

Клинические особенности и психотерапия посттравматического стрессового расстройства у женщин, перенесших сексуальное насилие

ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», Москва

Цель исследования: Анализ клинических особенностей и разработка комплексного подхода (психотерапевтического, сексологического) в терапии посттравматического стрессового расстройства у женщин – жертв сексуального насилия.

Материалы: За период времени с 11.2012 г. по 01.2014 г. в рамках консультативно-диагностического сексологического приема в ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» обследовано и проведено лечение 15 женщин с установлен-

ным диагнозом посттравматического стрессового расстройства, возникшего после перенесенного ими сексуального насилия со стороны лиц мужского пола. Возраст женщин составил от 23 до 54 лет (в среднем $34,8 \pm 12,9$ года). Длительность посттравматического стрессового расстройства в среднем – $7 \pm 3,4$ года. Причиной посттравматического стрессового расстройства у 11 пациенток явилось однократное совершение в отношении них насильственных действий сексуального характера незнакомыми мужчинами, а 4 женщины перенесли длительные (на протяжении 6–38 месяцев) психотравмирующие воздействия в собственной семье со стороны мужа/сожителя, в том числе в виде принуждения к интимной близости с элементами унижения (например, понуждение к анилинкции, спермофагии, фингерингу). Часть женщин поступила на прием к сексологу по направлению врачей-психиатров (8 человек), только у половины из них психиатром был верифицирован диагноз посттравматического стрессового расстройства. В случае неустановленной связи психического расстройства с психотравмирующей ситуацией диагностировались расстройства из рубрик F40-48МКБ-10: агорафобия, панические расстройства, генерализованное тревожное расстройство, соматизированное расстройство, неврастения. Все они уже прошли курс психотропной терапии ноотропными препаратами седативного действия, транквилизаторами, антидепрессантами, малыми нейролептиками. Длительность лечения и наблюдения у психиатров до момента направления к сексологу составляла 6–18 месяцев. Причиной привлечения сексолога (изначально в качестве консультанта) являлась безуспешность или низкая эффективность психотропной терапии, а также выявление врачом-психиатром затруднений в сексуальной жизни у пациенток.

Методы: Для выявления степени тяжести посттравматического стрессового расстройства, а также с целью динамики состояния использовалась «шкала оценки влияния травматического события» (ШОВТС). У всех женщин собирался подробный сексологический анамнез, при установлении факта изнасилования, выявлялись его обстоятельства (в каком возрасте, длительность психотравмирующего воздействия, его содержание). Тщательно прояснялись особенности полоролевого поведения до и после сексуального насилия, что имело значение в связи с описанными в литературе изменениями полоролевых стереотипов у женщин – жертв сексуального насилия. При выявлении затруднений в сексуальной жизни чаще всего верифицировался сексологический диагноз из рубрики F52 МКБ-10: F52.0 – отсутствие или потеря сексуального влечения, F52.1 – сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения и др. В связи с установленными посттравматическим стрессовым расстройством и сексуальными нарушениями всем пациенткам проводилось комплексная терапия,

направленная на завершение переживания травматического опыта и нормализацию сексуальной жизни. Широко применялись гипнотерапевтический и секстерапевтический подходы. Длительность лечения составила от 30 до 90 дней ($50 \pm 15,8$ дня), с двухразовыми еженедельными сессиями в начале терапии, с постепенным их урежением до одной в две недели. По окончании вновь фиксировались параметры по шкале оценки влияния травматического события, оценивались клинические изменения в психическом и сексологическом статусе пациенток.

Результаты: У 12 (80%) женщин не удалось полно осветить психотравмирующую ситуацию, так как многое «вытеснилось», «не хотелось вспоминать». При затрагивании данной темы они выдавали бурную аффективную реакцию в виде слез, игры вазомоторов лица, иногда враждебности. У десяти пациенток (66,6%) выраженность посттравматического стрессового расстройства по клинической картине и данным ШОВТС достигала тяжелой степени (более 50 баллов), и проявлялась в стойких воспоминаниях в виде навязчивых реминисценций, особенно при обстоятельствах, ассоциирующихся со стрессом (например, автобусная остановка, сумеречное время суток, мужской силуэт), расстройствах сна, повышенного уровня бодрствования. Все они пытались изменить окружающую действительность так, чтобы она не напоминала «о произошедшем», вплоть до смены жительства (другой город, государство). В 10 (66%) случаях четко прослеживались изменения в особенностях полоролевой идентичности после психотравмирующего воздействия, которые выражались в смене предпочтений в одежде (от женственного к более маскулинному стилю или унисекс), увлечений (занятие силовыми видами спорта, боевыми единоборствами), и даже, в ряде случаев, профессии (например, с дизайнера-конструктора женской одежды на юриста). Прослеживалась обратно пропорциональная корреляция между возрастом пациенток и степенью вышеуказанных изменений; в случае, если на момент травмы женщине было более 25–30 лет, то трансформация половой роли ограничивалась ношением брюк вместо платьев, отсутствием украшений и маникюра, одна из женщин 54 лет «вдруг стала стесняться своей груди, из-за чего начала сутулиться». Разговоры на сексуальные темы для женщин в той или иной степени были неприятны, они считали их «постыдными», «не достойными внимания», у одной из пациенток «сводило скулы», когда она слышала «слова с корнем секс». Постоянные половые партнеры (муж, сожитель) были у 11 (73,3%) пациенток, однако женщины избегали половых контактов с ними, испытывали болевые ощущения при попытках сексуальной близости, не получали сексуальной разрядки. Половая близость у этих женщин ассоциировалась с изнасилованием, что провоцировало у них повторные переживания травматического

опыта, у двух из них – с потерей ориентации в окружающей действительности и восприятием своего партнера как «насильника» с соответствующим в отношении него поведением.

Помощь данной категории больных осуществлялась последовательно в два этапа: 1. «завершение психотравмирующих переживаний» (работа с посттравматическим стрессовым расстройством); 2. «изменение отношения к сексуальной тематике» (психотерапия сексуального расстройства). На первых этапах лечения использовался метод проективной гипнотерапии с воссозданием в гипнотической реальности проективного образа травмировавшей ситуации, с последующим позитивно-конструктивным выходом из нее. В дальнейшем применялись секс-терапевтические мероприятия, в том числе с привлечением сексуального партнера для проведения чувственного фокусирования I и II (по Х.С. Каплан). Упражнения позволяли пациенткам снизить уровень тревоги и страха, связанным с сексуальным общением с мужчиной, с постепенным угасанием его ассоциации с отвращением. Динамика уровня дистресса, клинических и психологических показателей у всех пациенток оказалась положительной в сравнении с исходными данными, у 6 (40%) из них было констатировано выздоровление, у 9 (60%) – значительное улучшение состояния.

Таким образом, посттравматическое стрессовое расстройство у женщин, возникшее вследствие действий сексуального характера, совершенных в отношении них, сопровождается формированием негативного отношения к нормативной сексуальной жизни, вплоть до аверсии (отвращения) к ней, изменениями полоролевого поведения. Для успешной терапии требуется комплексный подход, объединяющий в себе последовательную работу, направленную на завершение психотравмирующих переживаний и формирование/восстановление позитивного отношения к нормативной сексуальной жизни.

III Раздел: «ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ И КЛИНИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»

Антонова А.А., Филиппова Н.В., Бачило Е.В., Деева М.А.

Психоэмоциональное состояние женщин в периоде перименопаузы

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов

По данным исследователей современная популяция женщин проводит одну треть жизни и более в периодах пери- и постменопаузы. В возрасте 45–54 лет среди женщин климактерического периода самый высокий уровень нарушений отмечается в психоэмоциональной сфере.

По литературным данным у большинства женщин с климактерическим синдромом (КС) в пери- и постменопаузе имеются психовегетативные нарушения, представленные вегето-сосудистыми, мотивационными и аффективными расстройствами (неустойчивость эмоциональной сферы, психической активности и работоспособности, влечений), а также сенисто-ипохондрические нарушения. До настоящего времени не разработана классификация, которая учитывала бы все варианты климактерического синдрома, выделение клинических вариантов заболевания (преобладание вегето-сосудистых, обменно-эндокринных и психоэмоциональных компонентов) и оценку эффективности терапии. Поэтому исследование особенностей психоэмоционального состояния женщин по-прежнему остается актуальным.

Цель исследования: Сравнить психоэмоциональное состояние у женщин при легкой, средней и тяжелой степени тяжести климактерического синдрома в периоде перименопаузы.

Материалы и методы исследования: Обследовано 24 пациентки в возрасте от 45 до 59 лет ($51,58 \pm 4,66$ года). Все пациентки были обследованы гинекологом (осмотр; инструментальные методы (УЗИ матки, придатков); обследование молочных желез; лабораторные методы (исследование гормонального профиля пациенток); менопаузальный индекс Куппермана в модификации Уваровой (1982 г.).

Для исследования психического состояния пациенток использовались:

- 1) Общеклинический метод: сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр.
- 2) Клинико-психопатологический метод: описание симптомов и синдромов.
- 3) Диагностика психических расстройств осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.
- 4) Психометрический метод:
 - шкала для оценки выраженности депрессии HDRS-21 (Hamilton M., 1960) и тревоги HARS (Hamilton M, 1959) М. Гамильтона.
 - шкала общего клинического впечатления – серьезность (тяжесть) заболевания – CGI-S (Guy W., 1976).

Результаты исследования и их обсуждение: У 87,5% пациенток психопатологические расстройства развивались на соматически отягощенном фоне: преобладали заболевания органов пищеварения (хронический панкреатит, холецистит, гастродуоденит) – 41,67%, гинекологические

(воспалительные заболевания матки и придатков, миома матки) – 41,67% и эндокринные заболевания (диффузно-токсический зоб, аутоиммунный тиреозит, сахарный диабет) – 37,5%.

При оценке социального статуса выявлен достаточно высокий образовательный уровень женщин (54,17% имели высшее и 41,67% среднее специальное образование).

На формирование непереходных психических расстройств оказывает большое влияние микроклимат в семье. Анализ семейного статуса обследованных пациенток показал, что замужних и живших в гражданском браке пациенток было 58,33%, тогда как процент одиноких (не бывших в браке, разведенных, вдов) составил 41,67%, причем отмечалось доминирование разведенных женщин (29,17%). 95,83% опрошенных женщин считали микроклимат в своих семьях благоприятным, а 4,17% – находили его неблагоприятным.

У 62,5% обследованных женщин были выявлены факторы, влияющие на развитие психических расстройств: болезнь или смерть близких (33,33%), проблемы на работе (16,67%), проблемы с детьми (8,33%), плохие отношения в семье (4,17%).

В периоде перименопаузы у обследованных женщин с климактерическим синдромом наиболее часто встречаются жалобы на: общую слабость (87,5%), плохой сон (87,5%), утомляемость (83,33%), внутреннее беспокойство (79,17%), плохое настроение (70,83%), тревогу (66,67%), чувство страха (50%), потливость (50%), приливы (45,83%), реже встречаются – раздражительность (41,67%), головные боли (33,33%), головокружение (16,67%), плаксивость (16,67%), неприятные ощущения в теле или голове (16,67%).

Проведенное клинико-психопатологическое обследование позволило выявить основные синдромы, встречающиеся у исследуемой группы женщин: астенический (87,5%), сенесто-ипохондрический (45,83%), тревожно-депрессивный (33,33%), депрессивный (20,83%).

Проведенное комплексное обследование больных, страдающих психическими расстройствами, позволило выявить у них психические нарушения пограничного уровня, соответствующие следующим диагнозам:

- Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2 – 25%
- Ипохондрическое расстройство F45.2 – 20,83%
- Соматизированное расстройство F45.0 – 16,67%
- Конверсионное расстройство F44 – 8,33%
- Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами F32.11 – 8,33%
- Рекуррентное аффективное расстройство. Текущий депрессивный эпизод средней степени тяжести с соматическими симптомами F33.11 – 8,33%

- Расстройство адаптации. Смешанная тревожная и депрессивная реакция F43.22 – 8,33%
- Депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов F32.00 – 4,17%

При проведении психометрического обследования были получены следующие результаты по шкалам: депрессии HDRS-21 $23,08 \pm 5,82$, тревоги HARS $20,79 \pm 6,86$ и CGI-S $4,54 \pm 0,58$. При обследовании гинекологом получены следующие средние значения модифицированного менопаузального индекса (МИ) $32,67 \pm 14,04$.

При проведении регрессионного анализа была получена математическая модель, описывающая зависимость между значениями, характеризующими степень тяжести климактерического синдрома по менопаузальному индексу Куппермана-Уваровой, и значениями, оценивающими уровень тревоги по шкале Гамильтона:

$y = -5,18(\pm 4,36) + 1,82(\pm 0,19) \cdot x$, где y – менопаузальный индекс, x – степень тяжести тревоги по шкале Гамильтона. $n=24$, $r=0,89$, $r^2=0,79$, $F=82,94$ при $p<0,000001$, стандартная ошибка оценки 6,57. Модель является значимой (адекватной). Расчетные значения, характеризующие степень тяжести климактерического синдрома, имеют хорошую сходимость с наблюдаемыми величинами. Полученная математическая модель позволит врачу-психиатру рассчитать и оценить степень тяжести климактерического синдрома, зная суммарный показатель по шкале тревоги Гамильтона.

Выводы:

- Психоэмоциональные расстройства у женщин в периоде перименопаузы отличаются значительным полиморфизмом.
- Выявлена достоверная зависимость между значениями, оценивающими степень тяжести климактерического синдрома (МИ) и тревоги по шкале Гамильтона.
- Полученная математическая модель необходима для разработки прогностических критериев терапии климактерического синдрома.

Бородюк Ю.Н., Дмитриева Е.Г.

Влияние терапии типичными и атипичными нейролептиками на соматическое состояние и качество жизни у больных параноидной шизофренией

*ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск*

Цель исследования: В настоящее время все более широкое применение при лечении шизофрении находят атипичные нейролептики; в том числе для длительной терапии. Однако по данным современных исследований нередко атипичные нейролептики вызывают соматические нарушения. Целью настоящего исследования было изучить влияние соматических нарушений при применении атипичных нейролептиков на качество жизни больных шизофренией.

Материалы и методы исследования: С этой целью на базе отделения эндогенных расстройств ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН с 2012 г. начато обследование пациентов, страдающих параноидной шизофренией, в возрасте не моложе 18 лет и с давностью катамнеза не менее 1 года. Диагноз выставлен на основании критериев МКБ-10. Всем обследуемым больным дважды осуществляется забор крови в количестве 10 мл до и через 45 дней после начала терапии, с целью динамического исследования биохимических показателей: холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности, липопротеидов низкой плотности. Все пациенты дважды (в момент поступления в стационар и при выписке) обследованы по шкале позитивных и негативных синдромов – PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale; St. Kay, L. Opler, and A. Fiszbein, 1987). Качество жизни и характер ремиссий определяются при помощи Шкалы оценки негативных расстройств у больных шизофренией в ремиссиях (Логвинович Г. В., Семке А. В., 1990).

Результаты и их обсуждение: Было обследовано 60 пациентов, все они были распределены на две группы. В первую группу вошло 42 человека, которые получали атипичные антипсихотики: кветиапин, оланзапин, рисперидон. Во вторую группу вошло 18 человек, которым назначался галоперидол. Как в основной, так и в группе сравнения преобладали женщины (61,9% – 26 человек и 61,1% – 11 человек соответственно).

Средний возраст пациентов на момент обследования составил $34,6 \pm 10,4$ года в первой группе и $32,5 \pm 8,2$ года во второй группе. Было выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание больных в возрасте от 20 до 35 лет – 56,0% в основной группе и 54,4% в группе сравнения. Средний возраст начала инициального периода в группе пациентов, принимающих атипичные нейролептики, составил $19,2 \pm 6,3$ года; в группе пациентов, принимающих галоперидол, – $18,3 \pm 7,2$ года.

Увеличение массы тела зафиксировано у 70% больных в первой группе и у 40% больных во второй группе, отмечалось в среднем на 1–1,5 кг за 45 дней.

При сравнении показателей липидного обмена достоверных различий между группами в процессе терапии не выявлено. Исходный липидный профиль характеризовался сопоставимыми показателями.

Концентрация холестерина и липопротеидов низкой плотности в сыворотке крови больных параноидной шизофренией под действием терапии не изменяется и остается в пределах референтных значений как в первой, так и во второй группах. Хотя в литературе встречаются данные об увеличении уровня холестерина при терапии галоперидолом (Барденштейн Л.М., Мкртумян А.М., Алешкина Г.А., 2010). До назначения терапии концентрация триглицеридов в сыворотке крови больных не превосходила таковую у здоровых лиц. После курса терапии количество триглицеридов достоверно увеличивается, что соответствует ожиданию, исходя из имеющихся литературных данных (Casey D.W., Newcomer J.W., Handerson D.S., Sernyak V.J., 2004, Горобец Л.Н., Жмурина М.В., 2003). Концентрация липопротеидов высокой плотности в сыворотке крови больных шизофренией ниже таковой у здоровых лиц. Под влиянием терапии происходит еще более выраженное снижение исследуемого показателя.

Данные результаты предварительны, но они позволяют говорить нам о развитии метаболических нарушений, а также о формировании соматической патологии при терапии атипичными нейролептиками.

Наследственная отягощенность пробандов по шизофрении определялась по степени родства и количеству родственников. Анализировалась медицинская документация, проводился опрос пациентов, их родственников и лечащих врачей.

Семьи обеих групп пациентов характеризовались эмоциональным отчуждением, псевдовзаимностью, расщеплением брака с последующим формированием коалиций, что совместно с «маятникообразным» типом воспитания приводило к чередованию периодов эмоциональной сверхвовлеченности с периодами критичного или безразличного отношения. Отношения с родителями часто отличались нехарактерной для возраста пациентов зависимостью, несамостоятельностью, боязнью конфликта. Отношения со сверстниками в детско-подростковом возрасте характеризовались отсутствием стремления к лидерству, подчиняемостью, отношениями по типу «жертвы».

Длительность заболевания колебалась от 1 года до 32 лет в обеих группах; в среднем давность заболевания составляла $15,4 \pm 7,8$ года в основной группе и $10,4 \pm 8,8$ в группе сравнения. Отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание пациентов с давностью заболевания 7 и более лет – 32 человека в первой группе (76,3%), 13 человек во второй группе (72,2%).

В первые годы активного течения заболевания (в первые 7 лет после возникновения расстройства) у пациентов обеих групп в качестве ведущего чаще всего отмечался синдром Кандинского-Клерамбо. За период заболевания пациенты первой группы госпитализировались $7,2 \pm 6,4$ раза, пациенты

второй группы – $9,3 \pm 4,4$ раза. При этом 28 (66,62%) пациентов основной группы и 14 (77,7%) пациентов группы сравнения проходили лечение в психиатрическом стационаре по два и более раза в год.

Отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание пациентов, имеющих инвалидность по психическому заболеванию – 36 человек (85,7%) в первой группе и 17 (94,4%) во второй группе. Пациентов, имеющих группу инвалидности по соматическому заболеванию, ни в одной из групп не было.

Если в ходе терапии «основного» заболевания развивается соматическая патология, то это влечет к еще большей дезадаптации. Таким образом, при разработке дифференцированных реабилитационных программ необходимо делать акцент на применение максимально безопасных атипичных антипсихотиков.

Выводы: При длительной терапии атипичными нейролептиками увеличение массы тела возникает почти в 2 раза чаще, чем в случаях длительного лечения типичными нейролептиками.

Как в группе пациентов, получавших терапию атипичными нейролептиками, так и в группе, находящихся на лечении типичными нейролептиками длительно, уровень холестерина, липопротеидов низкой и высокой плотности в сыворотке крови оставался без существенных изменений; уровень же триглицеридов повышался, но без существенных различий в обеих группах.

Пациенты, принимающие атипичные нейролептики, госпитализировались реже в психиатрический стационар, но чаще имели инвалидность по психическому заболеванию, чем пациенты, принимавшие типичные нейролептики.

Таким образом, вопрос о предпочтительном назначении атипичных нейролептиков в качестве длительной терапии остается спорным в связи с их влиянием на соматическое состояние пациентов.

Грибова О.М.

Психические нарушения у пациентов пластической хирургии

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Цель исследования: Оценить распространенность, клинико-феноменологические особенности психопатологии у пациентов пластической хирургии.

Материал и методы: Сплошным методом обследовано 46 пациентов в возрасте от 21 до 57 лет (средний возраст $33,76 \pm 2,62$ года) в условиях отделения пластической хирургии многопрофильного стационара.

Критерии включения в исследование: выполнение эстетической операции по инициативе пациента, согласие пациента на обследование, отсутствие актуального тяжелого соматического заболевания.

В исследовании была использована клинико-шкальная оценка. Применялись объективная клиническая шкала депрессии Гамильтона, шкала для obsessions и compulsions NIMH, визуально-аналоговая шкала качества жизни (ВАШ), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД), шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера.

Диагностика дисморфофобии производилась с использованием критериев DSM-IV и МКБ-10 исистематизацией клинических типов дисморфофобии у дерматологических пациентов.

Статистическая обработка данных производилась с использованием программ Microsoft Excel 2010, SPSS. С помощью функций программ были рассчитаны следующие величины: генеральная совокупность, t-критерий Стьюдента, t-тест Стьюдента, коэффициент корреляции Спирмена (r), критерий χ^2 .

Результаты и обсуждение: Среди обследованных пациентов доминировали пациенты женского пола – только 4,35% обследованных составили мужчины.

В 58,70% пациенты предпочитали операции в области тела (маммопластика, мастопексия, липосакция в области «галифе», коленей, круропластика). Омолаживающие операции в области лица (блефаропластика, круговая подтяжка лица) были выполнены 21,74% пациентов, другие операции в области лица и ушей (ринопластика, мандибулопластика, отоластика) – 19,57% пациентов. В целом в 52,17% случаев хирурги получали запрос на восстановительные эстетические операции (в связи с возрастными или послеродовыми изменениями).

В 50% случаев мотивации пациентов были отнесены к категории внешних (вторичная выгода от операции), в 43,5% – к категории внутренних (с целью повысить самооценку). В 6,5% случаев выполнялась повторная операция по медицинским показаниям ввиду возникших хирургических осложнений предыдущего вмешательства. Пациенты отмечали, что эстетические операции помогают им чувствовать себя увереннее, нивелируют проявления тревоги и сниженного настроения, несмотря на повторное возникновение потребности прибегнуть к операции («делала и буду делать», «на полгода помогает»).

У 86,97% пациентов были выявлены психические расстройства. В структуре психопатологии преобладали тревожные расстройства (41,30% случаев). Чаще, чем в общей популяции, встречались расстройства личности (15,22% против 9,1%), дисморфофобия (17,39% против 1–2%), депрессив-

ные расстройства (13,04% против 3–5%). Коморбидные психические расстройства были установлены в 17,39% случаев. Среди них преобладали расстройства личности и тревожные расстройства ($\frac{3}{4}$ случаев).

Несмотря на более объективную мотивацию к операции у пациентов старшей возрастной группы по сравнению с более молодыми пациентами, уровни депрессии и тревоги (по шкалам Гамильтона, NIMH, ГШТД, Спилбергера) не различались в обеих группах.

Отмечена тенденция к большей распространенности дисморфофобии (27,27% против 12,50%) среди пациентов, получавших оперативное лечение в отсутствие объективных признаков старения и/или послеродовых изменений. Среди пациентов, оперирующихся в связи с наличием вышеупомянутых изменений, чаще наблюдались депрессивные расстройства (25,0% против 4,54%).

Субъективная оценка качества жизни пациентов с психическими расстройствами по сравнению с пациентами без расстройств не различалась ($69,25 \pm 9,54$ и $75,76 \pm 3,91$ балла по ВАШ соответственно, $p=0,17$). Наличие депрессии ухудшало качество жизни пациентов ($r=-0,31$, $p<0,05$).

Обращает на себя внимание отсутствие активных жалоб психологического характера у обследованных пациентов. В клинической картине депрессивных расстройств преобладали меланхолические черты со снижением настроения, идеями виновности, элементами депрессивной деперсонализации. Среди личностных особенностей преобладали истероидные и сенситивные черты.

Группа пациентов с дисморфофобией отличалась более молодым возрастом ($29,9 \pm 2,66$, $p=0,047$), преобладанием тревожно-ипохондрической симптоматики в картине депрессии, более выраженной сопутствующей обсессивно-компульсивной симптоматикой, снижением критики ($p<0,05$), большей распространенностью пищевых аддикций (12,5% против 2,6%, $p=0,012$) по сравнению с пациентами без дисморфофобии.

Коморбидная аддикция зарегистрирована в 34,78% случаев: никотиновая зависимость – в 21,74%; никотиновая зависимость, осложненная употреблением каннабиноидов, – в 4,35%; сочетанная никотиновая и каннабиноидная зависимость – в 2,17%; пищевая аддикция – в 4,35%. Группа пациентов с сопутствующей аддикцией отличалась более молодым возрастом ($p<0,1$), без значимых отличий в уровне тревожно-депрессивной симптоматики и субъективной оценки качества жизни.

В 10,87% случаев было отмечено аддиктивное поведение в отношении эстетических процедур (пластических операций и мини-инвазивных процедур), которое достоверно чаще наблюдалось среди пациентов, страдающих дисморфофобией ($p<0,05$).

Психопатологически отягощенная наследственность (в том числе злоупотребление алкоголем и суицидные попытки) была выявлена в 15,22% случаев.

Психические нарушения в анамнезе были выявлены в трети случаев, при этом лишь в 57,0% пациенты получали специфическую терапию, зачастую антидепрессантами с полной или частичной положительной динамикой.

Заключение: Таким образом, в данном исследовании продемонстрировано, что психические расстройства среди пациентов клиники пластической (эстетической) хирургии встречаются в 87,8% случаев. В структуре психопатологии преобладают тревожные и дисморфофобические расстройства. В 17,4% случаев диагностирована сочетанная психопатология.

В 52,2% случаев мотивацией к операции являются возрастные или после родовые изменения, среди пациентов данной группы чаще встречаются аффективные нарушения. В группе пациентов, обратившихся по другим причинам, отмечена тенденция к некоторому преобладанию дисморфофобии.

Аддиктивные расстройства в целом встречаются в 34,8% случаев, в том числе в 10,9% случаев отмечено аддиктивное поведение в отношении эстетических процедур.

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности междисциплинарного подхода в оказании медицинской помощи пациентам эстетической хирургии для своевременной диагностики и выработки терапевтической тактики ведения этих пациентов.

Дюрягина Т.А.

Структура эмоционально-аффективных расстройств у женщин, обращающихся на увеличивающую маммопластику

ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1», Челябинск

Цель исследования: Изучение распространенности, характера и структуры эмоционально-аффективных расстройств у женщин на до- и послеоперационном этапах косметического эндопротезирования молочных желез, с выделением клинико-психопатологических критериев диагностики.

Материал и методы: Из общей выборки в 170 пациенток, направляемых на операцию косметического эндопротезирования молочных желез, обследованных клиническими методами (клинико-психопатологическим и клинико-анамнестическим) выделено 80 женщин, выявивших при обращении

и последующем наблюдении относительно стойкие (не менее года) эмоционально-аффективные нарушения. Возраст обследуемых – от 20 до 47 лет. Обследование проводилось за неделю до операции, через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты: Эмоционально-аффективные расстройства, выявляемые у женщин, обратившихся на увеличивающую маммопластику, во всех случаях относились к пограничному уровню нарушений, наиболее часто проявляясь депрессивными или тревожно-депрессивными расстройствами, а также относительно стойкими расстройствами адаптации, сопровождающимися снижением настроения. Наиболее часто встречающийся синдром из группы эмоционально-аффективных – депрессивный (43 человека – 53,75%) у пациенток был представлен двумя вариантами: астено-депрессивным (30 человек – 69,8%) и адинамическим (13 женщин – 30,2%). Общим для обоих вариантов депрессивного синдрома являлось присутствие в той или иной степени выраженности аффекта тоски, в отличие от ниже рассматриваемого тревожно-депрессивного синдрома. У подавляющего большинства пациенток на когнитивном уровне выявлялись навязчивые идеи неполноценности и непривлекательности, которые непосредственно связывались с эстетическим дефектом тела (изменением форм молочных желез после кормления грудью, потерей упругости и обвисанием). Ощущение безысходности и безнадёжности своего положения зачастую выражалось в нежелании следить за своим внешним видом, изменением стиля одежды, отсутствием мотиваций для каких-либо действий и поступков в плане улучшения и изменения своего внешнего вида и состояния. Обращало внимание наличие у них политематичной картины фобий, как общего, так и специфического содержания (боязнь будущего, социальных отношений, неуверенность в отношениях). Все эти фобии были вторичны по отношению к депрессивному синдрому. Отмечалось также снижение работоспособности и ощущение «нехватки сил», подавленное настроение и потеря удовольствия от жизни.

При астено-депрессивном синдроме клинические проявления депрессии тесно переплетались с астеническим синдромом. При этом варианте физическая и психическая истощаемость сочеталась с симптомами депрессии. Одновременно с этим отмечались выраженные нейровегетативные нарушения преимущественно со стороны кардиоваскулярной системы. Основными жалобами больных были сердцебиения, неприятные ощущения в области сердца, а также потливость, особенно при физическом и психическом напряжении. Достаточно типичными также были жалобы на головные боли и головокружения. Изредка выявлялась вегетативная неврологическая симптоматика в виде расширения зрачков, блеска глаз, повышенного слезотечения. Зачастую вегето-сосудистые расстройства имели пароксиз-

мальный характер, при этом больные улавливали их связь с ситуациями эмоционального напряжения. Вегетативные нарушения не имели отчетливого характера сенестопатических ощущений и не сопровождались ипохондрической фиксацией. Собственно астеническая симптоматика здесь была представлена жалобами на быструю утомляемость при выполнении обычной физической или умственной работы (чего ранее не наблюдалось), раздражительностью, непереносимостью ситуаций ожидания, гиперестезией к физическим и эмоциональным раздражителям. С постоянством выявлялись легкие диссомнические нарушения, которые возникали в связи с ситуациями огорчения, физического переутомления. Отмечались также изменения в сфере влечений и инстинктов, носящие преимущественно не качественный, а лишь количественный характер, проявляясь, прежде всего, в виде снижения аппетита. Что касается интимной жизни, то, как правило, выявлялось снижение полового влечения, избегание сексуальных контактов и интимной близости. У пациенток со стеничными и возбудимыми чертами характера в преморбиде, отмечалась раздражительность, проявлявшаяся в повышенной вспыльчивости, склонности к постоянным переживаниям, волнениям в сочетании с быстрой истощаемостью, с преобладанием жалоб нейровегетативного характера. У лиц с тормозимыми чертами характера на первый план выходили жалобы астенического круга – общая слабость, вялость, недомогание, быстрая утомляемость. Проявления астено-депрессивной симптоматики характеризовались легкой степенью – у 27 (90%) женщин и умеренной – у 3 (10%).

Наиболее тяжелые проявления выявлялись в подгруппе пациенток с адинамической депрессией. Эти больные предъявляли жалобы на «скуку», несмотря на попытки занять себя полезным делом, рассеянностью внимания, не запоминанием прочитанного. Для них были характерны резкое снижение настроения с тоской и практически полной бездеятельностью и непродуктивностью больных дома. Как правило, на работе или за пределами дома женщины с подобной симптоматикой старались «держать себя в руках», «делали все через силу». Дома, напротив, отсутствие интереса и безучастность к домашним заботам достигали своего предела. Такие пациентки чаще были склонны лежать в постели, длительное время сидеть в одной позе, в домашних и хозяйственных делах отличались малопродуктивностью. При этом варианте депрессии гораздо чаще, чем при других, встречались суицидальные мысли. Данный вариант характеризовался умеренной степенью тяжести у 10 (77%) и легкой степенью – в 3 (23%) случаях. Психотерапевтическая коррекция была необходима во всех случаях депрессивного синдрома. В особенности это касалось адинамического варианта депрессии.

Заметно реже у лиц обследуемого контингента фиксировался тревожно-депрессивный синдром (25 человек – 31,25%). Он характеризовался сочетанием депрессии с тревогой. При этом симптомы тревоги или депрессии не являлись явно доминирующими, равнозначно существуя в клинической картине. Особенностью данного синдрома явилась невозможность четкого описания своих переживаний, в связи с чем, подавляющее большинство больных о сниженном настроении ничего не говорили или отрицали его. При этом у них определялся выраженный моторный компонент тревоги: неусидчивость, дрожь, повышенная утомляемость. Также был ярко выражен когнитивный компонент тревоги по типу опасений непредвиденных ситуаций, связанных с операцией, а также идеи о своей «неполноценности и непривлекательности как женщины», ничтожности, безысходности сложившегося положения, которые отражали депрессивную симптоматику. Пациентки сообщали о нежелании следить за своим внешним видом и уютом дома, «нежелание лишней раз общаться со своими коллегами, подругами и семьей», о значительном сужении круга интересов и общения. Ранее доставлявшие удовольствие увлечения и мероприятия становились безрадостными. Широко были представлены ипохондрические и нозофобические идеи в контексте депрессивных переживаний, которые не развивались до уровня фобий. В подавляющем большинстве случаев у них в значительной степени были представлены симптомы соматических проявлений депрессии: тахикардия, склонность к артериальной гипотензии, спастический колит. Наряду с характерным для классической депрессии снижением аппетита и массы тела, нередко отмечалось и повышение аппетита с нарастанием массы тела («стрессовая булимия»), а также нарушения сна по типу утраты чувства сна, сонливости днем и невозможности заснуть вечером, в отличие от классического варианта депрессии. У всех женщин с данным синдромом выраженность депрессивной симптоматики определялась как легкая.

Расстройство адаптации, фиксировалось наиболее редко – 12 человек (15%). Основными чертами этого синдрома являлись: пониженное настроение, тревога, беспокойство, чувство неспособности справиться с ситуацией, снижение продуктивности в повседневной жизни. Некоторые пациентки выявляли элементы вербальной агрессии в отношении вопросов, касающихся молочных желез (в частности раздражительность, гневливость в ответах, отказы отвечать на вопросы о молочных железах). Когнитивный компонент тревоги (беспокойства) был непосредственно связан с фактом предстоящей операции и ожиданием перемен в личной жизни. Он характеризовался настороженностью, переживанием состояния с желанием

«что-то предпринять» в отношении скорейшего протекания послеоперационного периода. У всех 12 пациенток (100%) депрессивный эпизод оценивался как легкий.

В ходе данного исследования обнаружилось, что эмоционально-аффективные расстройства с наибольшей частотой выявлялись у женщин старше 40 лет (46,3%), тогда как в возрастной подгруппе до 29 лет данные нарушения фиксировались заметно реже – 22,5%, что статистически достоверно различало эти подгруппы между собой ($p < 0,05$).

Выводы: Анализ относительно стойких эмоционально-аффективных нарушений у женщин с увеличивающей маммопластикой выявил их достаточно широкую распространенность и клинический полиморфизм как в феноменологических проявлениях, так и по тяжести симптоматики. Данные расстройства с наибольшей частотой отмечались у женщин старше 40 лет. Характерной особенностью пограничных психопатологических нарушений вне зависимости от синдрома была специфическая окраска переживаний в контексте изменения состояния молочных желез и, в частности, нарушений в межличностных отношениях. Из вышеизложенного следует, что данная категория женщин нуждается в медико-психологическом обследовании и динамическом наблюдении с оказанием им психокоррекционной и реабилитационной помощи.

Заворотных И.Н., Сахаров А.В.

Психическое здоровье беременных женщин и его влияние на течение беременности, родов и состояние плода

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»

МЗ РФ, Чита

Состояние психического здоровья беременных женщин и рожениц имеет не только медицинское значение, но и оказывает существенное влияние на социальные и демографические процессы, ведь может пагубно отражаться как на организме женщины, течении беременности и родов, так и на процессе формирования и развития плода.

Цель исследования: Изучить распространенность невротических и алкогольных расстройств у беременных женщин города Читы и установить их связь с частотой возникновения осложнений беременности, родов и заболеваниями плода.

Материал и методы: Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование беременных женщин на базе Городского родильного дома города Читы и Забайкальского краевого перинатального центра. Всего в исследование было включено 252 женщины в возрасте от 15 лет до 41 года. Средний возраст составил $26,9 \pm 0,3$ года.

Для проведения исследования использовалась специальная карта обследования, предназначенная для сбора материала. В карту были включены сведения о женщине и данные медицинской документации. Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста AUDIT (ВОЗ). Выделение донологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтеля (1986). Распространенность невротических расстройств определялась с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. Данный опросник включает в себя 68 вопросов, определяются коэффициенты по шести клиническим шкалам, сумма коэффициентов меньше «-1,28» указывает на болезненный характер выявляемых расстройств той или иной шкалы.

Для диагностики невротических расстройств, синдрома зависимости от алкоголя и употребления алкоголя с вредными последствиями использовались критерии МКБ-10.

По данным медицинской документации была оценена распространенность акушерской патологии, осложнений в родах и патологии плода среди обследованных женщин. При анализе патологии во время беременности учитывались такие осложнения как угроза выкидыша и угроза преждевременных родов, гестоз тяжелой степени, многоводие и маловодие, а также декомпенсированная форма хронической фетоплацентарной недостаточности. Осложнениями во время родов считались преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, родовая слабость, патологический прелиминарный период, преждевременные и быстрые роды, а также другие осложнения, которые однозначно нельзя связать с наличием отягощенной акушерской наследственностью или неправильным ведением родов. Под заболеваниями плода понимались врожденные аномалии развития, ишемическо-гипоксическое поражение ЦНС, синдром двигательных расстройств, гипертензионно-гидроцефальный синдром.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение: Среди обследованных женщин большинство состояли в зарегистрированном браке (73,8%) и сожительствовали

(19,4%), не были замужем – 6,8%. Преобладали лица с высшим или неоконченным высшим образованием (46,4%), имели среднее специальное образование 22,2%, среднее – 27,4%, неполное среднее – 4,0%.

Установлено, что наследственность беременных женщин была отягощена психическими расстройствами близких родственников в 0,8%, алкогольными расстройствами – в 12,0% случаев.

По данным медицинской документации, распространенность патологии во время беременности наблюдалась у 42,8% (108) обследованных женщин, осложнения во время родов встречались в 33,7% (85) случаев, заболевания плода были диагностированы в 6,7% (17) случаев.

При анализе полученных результатов по тесту Яхина-Менделевича выявлено следующее: болезненные изменения по шкале тревоги (F41) выявлены у 7,9% беременных; по шкале невротической депрессии (F43) – у 5,9%; по шкале астении (F48.0) – у 2,4%; по шкале истерического типа реагирования (F44) – у 7,9%; по шкале обсессивно-фобических нарушений (F42) – у 7,9%; по шкале вегетативных нарушений (F45.3) – у 6,3%.

В целом распространенность невротических расстройств среди беременных женщин составила 8,0% (20), предболезненные состояния были диагностированы у 31,3% (79) обследованных; в 60,7% (153) случаев признаки невротических нарушений отсутствовали.

Было установлено, что патология беременности среди женщин без невротических расстройств была диагностирована в 49,0% случаев, среди женщин с предболезненными проявлениями – в 51,2% случаев; среди женщин с оформленными невротическими расстройствами – в 60,0% случаев.

Осложнения во время родов встречались у 27,0% женщин без невротических расстройств, у 23,5% женщин с пограничным уровнем развития этих расстройств и у 25,0% женщин с болезненным характером имеющихся расстройств.

При анализе распространенности заболеваний плода, были получены следующие результаты: среди здоровых женщин они выявлялись в 5,2% случаев, среди женщин с предболезненными проявлениями – в 7,6% случаев, среди женщин с невротическими расстройствами – в 15,0% случаев.

Что касается наркологического анамнеза, курящими являлись 19,8% беременных женщин, курили во время настоящей беременности 16,3% обследованных (или 82,5% курящих).

Сообщили, что никогда не пробовали алкоголь, 25,4% беременных, у других средний возраст начала употребления алкоголя составил $17,9 \pm 0,2$ года.

Клинически структура алкоголизации беременных женщин выглядела следующим образом: абстиненты (трезвенники и пьющие мало) – 68,6%,

случайно и ситуационно пьющие (эпизодически употребляющие) – 24,6%, систематически и привычно пьющие (злоупотребляющие и предалкоголизм) – 6,8%, синдром зависимости от алкоголя – 0%.

Т. е. наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена у 6,8% беременных женщин за счет употребления алкоголя с вредными последствиями. В соответствии с полученными результатами, выделены три группы среди обследованных – трезвенники и пьющие мало (173), эпизодически употребляющие алкоголь (62) и злоупотребляющие спиртными напитками (17).

Из всех включенных в исследование 8,7% указали на употребление алкоголя в период беременности, при этом в группе трезвенниц и редко употребляющих таких женщин было 5,2%; в группе эпизодически потребляющих – 14,5%; в группе злоупотребляющих алкоголем – 23,5%. Курили во время настоящей беременности 16,2% абстинентов, 22,6% эпизодически употребляющих, 41,2% злоупотребляющих алкоголем женщин ($p < 0,05$).

Осложнения течения беременности среди трезвенниц и редко употребляющих диагностировалась в 32,4% случаев, среди эпизодически употребляющих – в 43,5% случаев, среди злоупотребляющих алкоголем – в 47,0% случаев.

Были получены значимые отличия в частоте встречаемости осложнений во время родов между абстинентами (21,5%), эпизодически употребляющими алкоголь (53,2%; $p < 0,001$) и злоупотребляющими (82,4%; $p < 0,001$).

У женщин, страдающих алкогольобусловленной наркологической патологией, заболевания плода встречались достоверно чаще, чем у абстинентов: 17,6% и 4,0% соответственно ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, выявленная нами распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди беременных женщин составила 6,8% за счет употребления алкоголя с вредными последствиями. У 8,0% женщин были диагностированы невротические расстройства.

Значимых отличий в частоте акушерской патологии в зависимости от наличия невротических расстройств установлено не было, что, вероятно, было связано с недостаточной выборкой.

При этом установлена прямая причинно-следственная связь между тяжестью алкоголизации и частотой акушерской патологии: у женщин с алкогольными расстройствами, в сравнении с незлоупотребляющими, осложнения родов встречались в 3,8 раза чаще, заболевания плода – в 4,4 раза чаще. У женщин, злоупотребляющих алкоголем, в 17,6% случаев выявлено рождение детей с патологией развития.

Задорожная О.В.

Качество жизни и особенности социально-трудовой адаптации пациентов, страдающих шизофренией с сопутствующим хроническим вирусным гепатитом

ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

В настоящее время многими авторами сопутствующим соматическим заболеваниям отводится роль одного из существенных неблагоприятных факторов, обуславливающих клиническую и социальную дезадаптацию больных шизофренией и снижение качества их жизни (Семке А.В., Мальцева Ю.Л., 2009; Семке В.Я., Костин А.К., 2010). Эпидемиологические исследования, проведенные в последние годы, подтверждают, что распространенность парентеральных вирусных гепатитов среди больных шизофренией достоверно выше, чем в среднем в популяции (Dinwiddie S.H. et al., 2003; Kakisi O.K. et al., 2009; Mamani M. et al., 2009). Проблема адаптации и качества жизни больных шизофренией, страдающих хроническим вирусным гепатитом, практически не изучена.

Целью данного исследования явилось изучение социальной адаптации и качества жизни пациентов с шизофренией, страдающих хроническими вирусными гепатитами В и С, и разработка на этой основе комплексных дифференцированных организационных и лечебно-реабилитационных подходов.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось на базе БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодниковой». В основную группу было включено 112 пациентов, поступивших в стационар в период с 2009 по 2011 г. с достоверно верифицированными на основании критериев МКБ10 диагнозами параноидной и приступообразной шизофрении (F20.0; F25), имеющих хронический вирусный гепатит В, С либо микст-гепатит (В + С). Группу сравнения составили 52 пациента с параноидной либо приступообразной формами шизофрении без сопутствующего поражения печени вирусной этиологии. В качестве основных методов исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-динамический и клинико-катамнестический метод. Кроме того, использовались психометрический, клинико-лабораторные и статистические методы. Объективизация данных, полученных в результате обследования пациентов, проводилась с помощью «Шкалы побочных эффектов» UKU (O. Lingjaerde, U.G. Ahlfors, P. Bech et al., 1987) и «Шкалы продуктивных и негативных симптомов шизофрении» PANSS (S.R. Kay, A. Fiszbein, L.A. Opler, 1987). Для оценки качества жизни больных применялся опросник, разрабо-

таный С.Ю. Масловским и В.Л. Козловским (2009) в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева на базе известных инструментов ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ. При изучении адаптации больных использовались методики, разработанные в ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (Г.В. Логвинович, А.В. Семке, 1992, 1995). В группу катамнестического наблюдения было включено 82 пациента с шизофренией, страдающих хроническим вирусным гепатитом, из числа обследованных нами ранее больных (основная группа). Период катамнестического наблюдения составил от 1 до 2,1 года.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием статистических прикладных пакетов Microsoft Exel и Statistica 5.0 (StatSoft, Inc.).

Результаты и их обсуждение: Из 112 участников исследования, вошедших в основную группу, 51,0% составляли женщины ($n=57$), 49,0% – мужчины ($n=55$). Возраст больных составил от 22 до 67 лет (средний возраст 38,610,2 года). Длительность психического заболевания в среднем составила 12,68,5 года. В группе сравнения из 52 участников 54,0% составляли женщины ($n=28$), 46% – мужчины ($n=24$). Возраст больных составил от 18 до 64 лет (средний возраст 40,513,0 года). Длительность психического заболевания в среднем составила 12,510,1 года.

Согласно данным исследования А.В. Семке и Ю.Л. Мальцевой (2009) типы социально-трудовой адаптации у пациентов, страдающих шизофренией, были объединены в два варианта: относительно благоприятный и относительно неблагоприятный. Относительно благоприятный вариант социально-трудовой адаптации выявлен у 21 пациента (18,7%) в основной группе и у 21 пациента (40,4%) в группе сравнения. Относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой адаптации выявлен у 91 пациента (81,3%) в основной группе и у 31 пациента (59,6%) в группе сравнения. Таким образом, в основной группе достоверно чаще выявлялся относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой адаптации ($U=2257$; $Z=2,31$; $p=0,008$).

При сравнении показателей качества жизни пациентов двух исследуемых групп с использованием критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые различия по субсферам «способность выполнять повседневные дела» ($U=2233,0$; $Z=-2,4$; $p=0,02$) и «личные отношения» ($U=2338,0$; $Z=-2,03$; $p=0,04$).

С целью выявления факторов, влияющих на качество жизни пациентов в исследуемых группах был проведен корреляционный анализ. При рассмотрении взаимосвязей суммы негативных синдромов при поступлении с показателями качества жизни были обнаружены достоверные ($p<0,01$) отри-

цательные корреляционные связи со многими субсферами качества жизни, такими как «познавательные функции» ($r=-0,27$), «способность выполнять повседневные дела» ($r=-0,26$), «способность к работе» ($r=-0,38$), «практическая социальная поддержка» ($r=-0,36$), «возможность для отдыха и развлечений и их использование» ($r=-0,25$), «ориентировка в себе и окружающей действительности» ($r=-0,28$). Статистически значимые отрицательные связи были выявлены между суммой общих психопатологических синдромов и следующими субсферами: «способность к работе» ($r=-0,32$) и «возможности для отдыха и развлечений и их использование» ($r=-0,25$). При выписке пациентов основной группы из стационара обнаружены достоверные ($p<0,01$) отрицательные корреляции суммы негативных синдромов с субсферами «способность к работе» ($r=-0,27$) и «практическая социальная поддержка» ($r=-0,33$). Также были обнаружены отрицательные корреляционные связи между суммой общих психопатологических синдромов при выписке и субсферами «положительные эмоции» ($r=-0,26$), «способность к работе» ($r=-0,25$), «личные отношения» ($r=-0,28$) и «практическая социальная поддержка» ($r=-0,26$).

Установлено также отрицательное влияние на показатели качества жизни ряда побочных эффектов, наблюдавшихся на фоне терапии в стационаре. Отрицательные корреляционные связи установлены между вегетативными побочными эффектами на 10 день терапии и субсферой «способность к работе» ($r=-0,29$), неврологическими побочными эффектами на 20 день и субсферой «возможности для отдыха и развлечений» ($r=-0,33$), психическими побочными эффектами на 30 день терапии и субсферами «познавательные функции» ($r=-0,27$) и «способность к работе» ($r=-0,31$).

В соответствии с выделенными у больных шизофренией с сопутствующим хроническим вирусным гепатитом типами адаптации нами были разработаны дифференцированные реабилитационные программы, включающие как психофармакотерапию, так и психотерапевтические и психосоциальные воздействия. При их создании акцент был сделан на применение максимально безопасных и эффективно воздействующих не только на продуктивные, но и на негативные расстройства атипичных антипсихотиков. В комплекс реабилитационных мероприятий на стационарном и амбулаторном уровнях были включены обязательный мониторинг лабораторных показателей, а также проведение терапии гепатопротекторами. В качестве гепатопротекторов при обострении хронического вирусного гепатита применялись такие препараты, как адеметионин (гептрал), урсодезоксихолевая кислота, альфа-липоевая кислота (берлитион). Проведение клинико-катамнестического исследования пациентов, включенных в дифференцированные реабилитационные программы, позволило оценить эффективность

данных мероприятий. Оценка динамики клинических показателей по шкале PANSS показала значимое снижение ($p < 0,01$) выраженности продуктивных, негативных и общих психопатологических расстройств у пациентов, прошедших дифференцированные реабилитационные программы. У пациентов, страдающих шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, отмечалось статистически значимое повышение качества жизни во всех субсферах ($p < 0,01$).

Выводы: У больных шизофренией, страдающих хроническим вирусным гепатитом, достоверно чаще, чем у больных шизофренией без сопутствующего поражения печени наблюдается относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой адаптации, а также отмечаются более низкие показатели качества жизни. В результате проведенного корреляционного анализа выявлен комплекс факторов, влияющих на показатели качества жизни у данного контингента больных, среди которых наиболее значимыми оказались такие факторы, как негативная симптоматика и нежелательные лекарственные реакции, возникающие на фоне проведения психофармакотерапии в стационарных условиях. На основании полученных данных нами были разработаны, апробированы и внедрены в практику психиатрической службы дифференцированные лечебно-реабилитационные программы для пациентов с шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом с различными типами адаптации. Применение дифференцированных лечебно-реабилитационных программ у данной категории больных позволило снизить количество нежелательных лекарственных явлений, в том числе и протекающих бессимптомно реакций со стороны печени, повысить качество жизни и субъективную удовлетворенность лечением.

Костин А.К., Сорокин А.П.

Важность психотерапевтического сопровождения пациентов с психосоматическими расстройствами гастроинтестинальной системы

*ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения РАМН, Томск*

Важным аспектом превентивной психиатрии является изучение условий формирования стрессоустойчивости личности и факторов, определяющих личностную уязвимость (Положий Б. С., 2000). Роль психологических особенностей, психогенных и семейных факторов в генезе психических, пси-

хосоматических расстройств подчеркивалась многими исследователями (Авдеенок Л. Н., 1996; Семке В. Я., 1988; Семке В. Я., Белокрылова М. Ф., 2001). Развитие вторичного иммунодефицитного состояния – важнейший патогенетический аспект в формировании психоэмоционального перенапряжения, лежащего в основе появления клинических форм невротических и неврозоподобных расстройств (Семке В. Я. и соавт., 2003).

Цель исследования: Изучить влияние психологических особенностей на формирование психосоматических соотношений при коморбидном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и/или язвенной болезни желудка и синдрома раздраженной толстой кишки у больных с пограничными психическими расстройствами и разработать оптимальный для данной группы пациентов комплекс психотерапевтического сопровождения.

Материал и методы: На базе отделения пограничных состояний ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН обследовано 150 больных (53 мужчины, 97 женщин), средний возраст $40,4 \pm 4,5$ года, наблюдавшихся у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки. Использовались клинический, клинико-психопатологический методы исследования. Верификация диагноза язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки основывалась на данных эндоскопического обследования, синдрома раздраженной толстой кишки – согласно Римским критериям II. Квалификация пограничных психических расстройств проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ 10.

Результаты: У всех 150 пациентов с психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта, обследованных в отделении пограничных состояний ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН были обнаружены пограничные психические и аффективные расстройства. Удельный вес невротических, связанных со стрессом, расстройств составил – 45,3% (продолжительная депрессивная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций, соматизированное, ипохондрическое, паническое и генерализованное тревожное расстройство); аффективных – 25,3% (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство); личностных – 18,7% (зависимое, истерическое расстройство личности); органических – 10,7% (органическое астеническое) расстройств.

Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее стрессогенное значение имели психотравмирующие факторы внутри семьи. На психогении пациенты реагировали, как правило, появлением «привычных» симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, тревоги, беспокойства, напряженности, раздражительности, слабости. Одной из ключевых особенностей вегетативной регуляции желудочно-кишечных функций было то, что она, в частности, предохраняет желудочно-кишечный тракт от

непосредственного реагирования на стрессоры окружающей среды, но если такие реакции происходят в случаях тяжелого дистресса, их последствия выражены чрезмерно (Mackner L.M., Crandall W.V., 2005). Что согласуется с данными собственных исследований – абдоминалгии в меньшей степени были связаны с приемом пищи, сопровождалась симптомами диспепсии.

Расстройства адаптации с преобладанием депрессивных реакций сопровождалась формированием Т-клеточного иммунодефицита, нарушением процесса фагоцитоза, активацией факторов гуморального иммунного ответа, нарастанием частоты встречаемости клинических синдромов вторичной иммунной недостаточности и сопутствующей соматической патологии по сравнению с практически здоровыми лицами.

Различные патогенные факторы (в том числе психогенные воздействия – 95,4%, соматогении – 63,4%, дополнительные экзогенно-органические вредности – 16,8%) часто выступали в роли «триггера» в возникновении пограничной патологии, либо декомпенсировали уже имеющиеся расстройства. Их вклад в происхождение и течение психосоматических заболеваний со временем менялся: нарастало влияние личностных факторов в процессе углубления социальной, семейной, профессиональной дезадаптации. Среди пациентов отмечался феномен семейного накопления, при котором несколько членов семьи страдают от одного и того же заболевания, он был отмечен у пациентов с СРК, что согласуется с данными R.L. Levy и соавт. (2001) и F. Pace и соавт. (2006). По данным зарубежных исследователей (Mohammed I., Cherkas L.F., Riley S.A., 2005), это социально детерминированное обучение гастроинтестинальным симптомам под давлением внешних обстоятельств, передача патологических паттернов поведения от родителей к их детям. В психологическом «портрете» пациентов с психосоматическими заболеваниями пищеварительного тракта в ходе обследования обнаруживался высокий удельный вес значимости наиболее важных патохарактерологических качеств: ригидность (75,3%), тревожность (71,3%), мнительность, (67,3%), «ипохондрический эгоцентризм» (66,0%), астеничность (65,3%), раздражительность и дистимичность (63,3%), сенситивность (52,0%), демонстративность и «жажда внимания» (48,7%), алекситимичность (45,3%). Отмечено большое количество сочетаний патохарактерологических черт, совместно создававших «фасад» пациента, с которым приходилось сталкиваться в первую очередь врачам соматического профиля и лишь затем, чаще через несколько лет, пациент попадал к психиатру. Переплетение «фасадных» черт чрезвычайно затрудняло формирование комплаентных отношений в диаде «врач – больной», понимание пациентом сути своего страдания, выявление и разграничение психических и соматических симптомов и расстройств, утяжеляло течение и ухудшало прогноз реабилитационных мероприятий.

Психотерапевтическая нейроиммунореабилитация на сегодняшний день по своим масштабам актуальна с точки зрения как терапии, так и профилактики стресс-индуцированных изменений в иммунной системе (вторичные иммунодефицитные состояния), первичной профилактики целого ряда заболеваний, при которых иммунодефицитное состояние является ведущим патогенетическим (Leonard В.Е., Song С., 1999; Семке В.Я., Семке А.В., Аксенов М.М., 2002).

Психотерапевтический комплекс (ПТК) включал различные модификации аутогенной тренировки, позволяющей снизить уровень тревожности пациентов, обучить их самостоятельно стабилизировать вегетативные показатели, в ряде случаев ей предшествовало ознакомление человека с ощущениями, возникающими в теле, научение их вербализации (преодоление алекситимичности), рациональной, когнитивной психотерапии (работа с личностными и средовыми ресурсами для повышения уровня адаптации и самоактуализации пациента в социуме, семейной и производственной сферах, анализ и коррекция копинг-стратегий), элементы бихевиоральной терапии (обучение анализу типичных стрессовых ситуаций, составлению планов деятельности с использованием правил составления аффирмации и наработка навыков поведения в них, обучение методикам отреагирования агрессивных побуждений, эмоций), элементы НЛП (фиксация соматических состояний, утилизация трансов). Также использовались групповая и семейная психотерапия. Групповая психотерапия давала пациентам возможность избавиться от ощущения уникальности собственных проблем, что было важным шагом на пути к преодолению социальной изоляции. Групповая сплоченность позволяла им ощутить поддержку других людей, способствовала развитию «базовых навыков общения» (Куттер П., 1998; Ялом И., 2001). Использовалась открытая релаксационная гипносуггестивная групповая психотерапия с занятиями 2 раза в неделю по 60 минут. Проведенные В.Н. Кожевниковым (2011) исследования показали, что у пациентов с невротическими расстройствами под влиянием психотерапии происходит нормализация показателей системы клеточного и гуморального иммунитета. Это может служить отправной точкой для последующих исследований. Семейная психотерапия оптимизировала взаимоотношения в семье пациента, устраняя один из важнейших патогенетических факторов возникновения и развития психосоматической патологии, снимала связанные с этим напряжение, тревогу, беспокойство, что позволяло предотвратить повторные обострения. После окончания стационарного этапа лечения большая часть пациентов (преимущественно второй и третьей групп), нуждались в поддерживающем лечении. С этой целью использовалась комбинация психофармакотерапии (продолжительный до 6 месяцев прием

антидепрессантов с анксиолитическим эффектом) и психотерапии (когнитивная, поведенческая или психоаналитическая психотерапия).

Выводы: Психологические, личностные особенности пациентов вносят существенный вклад в психическую дезадаптацию, оказывают существенное влияние на формирование психосоматической предрасположенности, клинической и иммунологической картины заболевания и определяют показания для длительного психотерапевтического сопровождения пациентов.

Поляковская Т.П.

К проблеме пограничных психических расстройств климактерия: инволюционная истерия

ФГБУ «МНИИП» Минздрава РФ, Москва

Клиническое изучение статистики и динамики состояний, объединяемых понятием «инволюционная истерия», составляет предмет настоящего исследования, целью которого является типологическая дифференциация психопатологических образований.

Материал и методы исследования: Изученная выборка включает 85 женщин (средний возраст – $49,1 \pm 5,22$ года). Несмотря на длительное существование изученных состояний (этот показатель составляет от полугода до 22 лет; в среднем – $6,41 \pm 5,81$ года), выраженной дезадаптации у больных изученной выборки не регистрируется: большинство (63,7%) продолжает работать, сохраняет стабильный брачный статус (72,5%). Из 8 инвалидов (9,4%) II группу по психическому заболеванию имеет лишь одна пациентка.

Отбор больных проведен на основе следующих **критериев включения:**

I. Соответствие наблюдаемого расстройства картине инволюционной истерии:

- манифестация в климактерическом (по критериям IMS – International Menopause Society, 1999) возрасте – 40–60 лет;
- признаки функциональной и/или органической соматической патологии, связанной с инволюцией;
- соматизированные психопатологические нарушения (полиморфные коэнестезиопатические феномены – алгопатии, конверсии, телесные фантазии) в структуре синдрома;
- признаки гипотимии немеланхолического уровня и/или дисфории;

– истерический характер жалоб и поведения (демонстративность, манипулятивность).

II. Продолжительность расстройства ≥ 6 месяцев.

III. Получение информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения: Признаки манифестного психоза, органического поражения ЦНС, зависимости от психоактивных веществ, тяжелого соматического заболевания в стадии декомпенсации.

Результаты исследования: В качестве соматогенных триггеров, провоцирующих и поддерживающих психопатологические проявления инволюционной истерии, наиболее значимыми оказались гормонально-зависимые гинекологические заболевания – 62 набл. (73%) (миома матки, эндометриоз, кисты яичников, фиброзно-кистозная мастопатия, рак молочной железы) и сердечно-сосудистая патология – 45 набл. (53%) (гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС)). Кроме того, в изученной выборке выявлены свойственные инволюции обменно-эндокринные нарушения (Мельниченко Г.А., Беркетова Т.Ю., 2006; Vanderpump C. et al., 1995)2.

В половине наблюдений (42 пациентки) лечение заболеваний репродуктивной системы потребовало хирургического вмешательства. Гинекологические операции у большинства этих больных (35 набл.) приходились на пременопаузальный период; у 29 (24,7%) пациенток проявления инволюционной истерии манифестировали при индуцированной/искусственной менопаузе: после экстирпации матки с придатками – 19 (16,5%) наблюдений, после гистерэктомии без придатков – 10 (8,2%).

Переходя к психопатологическому анализу, необходимо подчеркнуть, что картина инволюционной истерии, несмотря на общие характеристики, рассматриваемые в большинстве публикаций, обнаруживает клиническую гетерогенность. На этом основании в настоящем исследовании выделены два типа изученных состояний, обозначенные как соматизированная истерия (I тип) и истероидная дисфория (II тип).

I тип – соматизированная истерия (55 набл.). Клиническая картина соматизированной истерии (Иванов С. В., 2002) определяется следующими проявлениями. Доминирует полиморфная конверсионная симптоматика (психалгии, нарушения чувствительности, астазия-абазия, globus hystericus, тремор, телесные фантазии), амплифицирующая проявления коморбидной соматической патологии (мультисоматоформное расстройство по J.L.Jackson, K.Kroenke, 2008). Пациенткам свойственна тревога о здоровье (health anxiety – Abramowitz J.S., Braddock A.E., 2008) с формированием «конверсионных кризов» (Вейн А.М. и соавт., 2000) – атипичных панических атак, ор-

ганоневротической симптоматики, истерических фобий ипохондрического содержания (красочные, изменчивые по фабуле нозофобии с образными представлениями сцен телесной катастрофы, агонии, похорон).

В конституциональном складе пациенток, отнесенных к этому типу, в большей части случаев (62%) гистрионные черты сочетаются с высокой активностью и приподнятым настроением (гипертимные, «оживленные» истерики по Millon Th., 1996). Личностный склад остальных (38%) оценен как истеро-ипохондрический (конверсионный тип истерического РЛ по А.О. Фильцу, 1987).

Предпочтительные триггеры при рассматриваемом типе инволюционной истерии – стрессогенные события, субъективно воспринимаемые как угроза собственному здоровью, материальному благополучию.

Соматизированная истерия характеризуется тенденций к хронификации. Постепенно происходит персонификация симптоматики истерической ипохондрии с акцентуацией черт «угнетенных мазохистов» (oppressed masochists по Millon Th., 1996) – сетования на невнимание и черствость окружающих, не отвечающих благодарностью на их самопожертвование, потребность «вымогать заботу» с условной желательностью болезни и принятием роли страдальца. Соответственно, по мере формирования невротического (истеро-ипохондрического) развития реализуется амальгамирование телесных ощущений с характерологическими девиациями.

II тип – истероидная дисфория (30 набл.). Клиническая картина истероидной дисфории (Leibowitz M., Klein D., 1979) определяется гипотимией с истерическими чертами. Депрессивные жалобы излагаются с театральным пафосом («невыносимое отчаяние», «душевная мука»), эмоциональной гиперэкспрессией (демонстративные рыдания, заламывания рук). Выявляется манипулятивное поведение вплоть до суицидального шантажа, а также вспышки озлобленности, агрессии, чередующиеся с приступами слабости (конверсионная астения – Соколовская Л.В., 1991). Содержательный комплекс депрессии (сознание оскорбленного самолюбия, неспособности смириться с «непростительным предательством» – изменой мужа, возлюбленного), свойственный «реакциям разочарования» (Reich W., 1933), не отделим от диссоциативного симптомокомплекса (кататимно заряженных, насыщенных фантазией образных представлений, отражающих «ключевое переживание»).

Конституциональная predisпозиция при этом типе определяется чертами «слепо преданных» (devoted) с признаками «маркетинговой ориентации» (E. Fromm, 1947): за «фасадом» самопожертвования скрываются эгоцентризм, стремление добиться материальных благ с помощью манипуляций.

В отличие от соматизированной истерии, для манифестации истероидной дисфории предпочтительны стрессогенные события, субъективно воспринимаемые пациентками как «отвержение» (супружеская измена, развод).

Если соматизированная истерия сопровождается ипохондрической озабоченностью, то для истероидной дисфории, напротив, характерно демонстративно-пренебрежительное отношение к проблемам собственного здоровья вплоть до «прекрасного равнодушия» («la belle indifferance» J.E. Breuer и S. Freud, 1895), что контрастирует с «инволюционными» размышлениями об утрате женственности, грядущей старости, беспомощности, одиночестве.

В отличие от соматизированной истерии, динамика состояний второго типа, несмотря на возможность затяжного течения (длительность фазы от 6 месяцев до 3 лет), характеризуется постепенной редукцией всех психопатологических проявлений.

Заключение: Клиническая картина инволюционной истерии определяется комплексом психопатологических расстройств, включающим истерически окрашенные соматизированные нарушения (конверсии, психалгии, телесные фантазии), ассоциированные с патохарактерологическими проявлениями (склонность к преувеличениям, драматизации), а также легкими / умеренно выраженными расстройствами депрессивного спектра. В структуре инволюционной истерии психопатологические проявления коморбидны свойственной репродуктивному старению функциональной и/или органической соматической (сердечно-сосудистой, гинекологической, обменно-эндокринной) патологии.

В основу типологии положено представление о клинической гетерогенности изученных состояний. Выделено два типа инволюционной истерии. I тип (55 набл.) – соматизированная истерия (по С. В. Иванову, 2002) – определяется преобладанием конверсионных, органоневротических и ипохондрических расстройств. Основная тенденция динамики – хронификация состояния с формированием истеро-ипохондрического развития, что сопровождается амальгамированием телесных ощущений с характерологическими девиациями, свойственными «угнетенным мазохистам» (Millon Th., 1996). II тип (30 набл.) – истероидная дисфория (по M. Leibowitz и D. Klein, 1979) – определяется истерической депрессией с картиной «реакции разочарования» (Reich W., 1933) – гипотимия, неотделимая от диссоциативного симптомокомплекса, отражающего «ключевое переживание» и дисфорических вспышек. Ипохондрическая составляющая в противоположность состояниям I типа представлена явлениями прекрасного равнодушия (la belle indifferance). Динамика – психогенно спровоцированные затяжные депрессивные фазы с постепенной редукцией психопатологических проявлений.

Розин А.И.

Депрессивные расстройства у пациентов с ишемической болезнью сердца

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, Томск

Особое внимание в современной медицинской науке и практике уделяется факторам риска развития сердечно-сосудистой патологии, а также выделению важного с прогностической точки зрения их сочетания – метаболического синдрома. Предупреждение и коррекция выявленных неблагоприятных факторов являются необходимым условием реабилитации больных ишемической болезнью сердца. Адаптационные резервы организма зависят от многочисленных составляющих соматического и психического здоровья пациентов. Среди них существенную роль играют имеющиеся коморбидные ишемической болезни сердца (ИБС) заболевания, в том числе депрессивные расстройства, а также психосоциальные стрессорные факторы.

Наиболее частой формой психической патологии у пациентов в обще медицинских учреждениях являются депрессивные расстройства. Большинство исследований депрессии в кардиологической практике основаны на изолированном применении шкал и опросников. В этой связи остаются не полностью изученными вопросы клинической картины депрессивных расстройств у пациентов с ИБС, особенностей взаимосвязи депрессии с рядом психосоциальных характеристик и имеющимися сердечно-сосудистыми факторами риска с выделением особо больных с метаболическим синдромом.

Цель исследования: Изучить взаимосвязь депрессивных расстройств с ИБС, ассоциированной с артериальной гипертензией (АГ) и нарушениями углеводного и жирового обмена для оценки эффективности комплексной терапии.

Материал и методы: На базе кардиологического стационара обследовано 376 больных ИБС, средний возраст $59,1 \pm 10,3$ года, из них стабильная стенокардия функционального класса (ФК) II диагностирована у 47,4%, ФК III у 40,2%, прогрессирующая стенокардия – у 12,4%. У 68,9% больных выявлена АГ, у 40,2% – сахарный диабет типа 2 (СД) или нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), у 45,9% – ожирение, у 42,2% – дислипидемия. **Методы исследования:** клинический, клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катамнестический, лабораторные, инструментальные, функциональные методы исследования, методы статистического анализа. **Инструменты исследования:** 1. Психического состояния – Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкала самооценки депрессии Бека (BDI), Шкала самооценки социальной адаптации (SASS), Торонтская

алекситимическая шкала (TAS), Шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), Шкала тревоги Гамильтона (HARS), Шкала глобального клинического впечатления (CGI). 2. Соматического состояния – клинический осмотр, измерение уровня артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), определение индекса массы тела (ИМТ), определение биохимических показателей крови, включая липидный спектр и показатели свертывающей системы, электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия (ВЭМ), эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты: Частота встречаемости депрессивных расстройств среди больных специализированного кардиологического стационара составила 27,0% (у 109 из 404 обследованных), среди пациентов с ИБС – 29,0% (у 109 из 376 больных ИБС). В группе с диагностированными депрессивными расстройствами женщины с ИБС составили большую часть – 54,1% (59 из 109 больных), тогда как среди пациентов без депрессивных расстройств женщин было значительно меньше – 21,7% (58 из 267) больных ($p=0,00001$).

Наиболее частым психическим расстройством у больных ИБС было хроническое расстройство настроения – дистимия, диагностированная в 37,6% случаев, что указывало на преимущественно длительный характер существования депрессивных расстройств. В большинстве случаев отмечались депрессии легкой и умеренной степени тяжести (депрессивный эпизод – ДЭ – легкой степени 3,7%, ДЭ умеренной степени 19,3%, рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной степени 17,4%, смешанная тревожно-депрессивная реакция 10,1%, органическое депрессивное расстройство 10,1%), ДЭ тяжелой степени был диагностирован лишь у 2 больных (1,8%).

Депрессивные расстройства у больных ИБС взаимосвязаны с риском сердечно-сосудистых осложнений. В группе больных ИБС с депрессивными расстройствами выявлена статистически значимо большая встречаемость (по сравнению с группой больных ИБС без депрессивных расстройств) факторов риска коронарного атеросклероза и ассоциированных клинических состояний с гипертонической болезнью ($p=0,046$), сахарным диабетом типа 2 или нарушением толерантности к глюкозе ($p=0,048$), атерогенной дислипидемией и более выраженными нарушениями метаболизма липидов крови по уровню общего холестерина ($p=0,039$), более низкому содержанию фракции липопротеидов высокой плотности ЛПВН ($p=0,0015$), высокой концентрации липопротеидов низкой плотности ЛПНП ($p=0,018$), высокой концентрации триглицеридов ($p=0,034$). У больных ИБС с депрессией ИМТ был выше ($p=0,015$), чем у больных без депрессии и соответствовал ожирению I степени, отмечался более высокий показатель окружности талии среди женщин ($p=0,02$). Среди больных ИБС с депрессией чаще встреча-

лись курящие пациенты ($p=0,0061$). Указанные различия соответствовали большему проценту депрессивных больных ИБС с установленной группой инвалидности ($p=0,00001$), более частому наличию в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда ($p=0,043$), а также более частому перенесенному оперативному лечению коронарного атеросклероза ($p=0,042$).

Наличие депрессивного расстройства у больных ИБС ассоциируется с более тяжелым течением и прогрессированием коронарной патологии и более высоким риском стратификации сердечно-сосудистых осложнений.

У больных ИБС с депрессией выявлялись статистически значимо более низкие показатели толерантности к физической нагрузке (ТФН) по данным велоэргометрии в сравнении с показателями ТФН в группе без депрессии ($p=0,04$), отмечался более тяжелый функциональный класс стенокардии напряжения, а также учащение случаев нестабильной стенокардии ($p=0,02$), значительно большая потребность в приеме нитратов короткого действия ($p=0,0001$), снижение фракции выброса (ФВ) левого желудочка ($p=0,037$).

Тяжесть депрессивных расстройств по шкале глобального клинического впечатления была статистически значимо более выраженной у больных ИБС с диагностированным метаболическим синдромом ($p=0,0001$). В данной группе пациенты субъективно тяжелее воспринимали имеющиеся у них депрессивные расстройства по результатам оценочных шкал HADS и BDI.

Выделены факторы, определяющие более высокий уровень социальной адаптации у больных ИБС с депрессивными расстройствами: женский пол ($p=0,01$), отсутствие алекситимии ($p=0,049$), отсутствие артериальной гипертензии ($p=0,03$) и перенесенного инфаркта миокарда ($p=0,01$) в анамнезе, отсутствие дислипидемии ($p<0,001$), более легкий функциональный класс стенокардии ($0,04$), высшее образование ($p=0,001$), адекватное приятие больными факта депрессивного расстройства ($p=0,04$).

Наличие компонентов метаболического синдрома – артериальной гипертензии ($p=0,01$), атерогенной дислипидемии ($p=0,03$), нарушения углеводного обмена ($p=0,06$), ожирения ($p=0,0002$) у больных ИБС статистически значимо снижало положительную динамику (по CGI-I) в ходе лечения депрессивных расстройств.

В результате применения комплексной программы реабилитации, включающей, наряду с базисными кардиотропными препаратами, терапию антидепрессантами, психотерапию, интегративный подход в оказании помощи больным и наблюдения в течение 6 месяцев, получена более значимая положительная динамика ряда клинико-функциональных показателей и факторов сердечно-сосудистого риска: улучшение показателей ТФН по пробе велоэргометрии ($p=0,004$), повышение ФВ левого желудочка по заключению ЭхоКГ ($p=0,016$), динамика показателей липидного спектра: снижение

уровня общего холестерина ($p=0,01$), ХС-ЛПНП ($p=0,001$), повышение ХС-ЛПВП ($p=0,0001$), а также снижение уровня триглицеридов ($p=0,07$), уменьшение потребности в нитратах короткого действия ($p=0,0001$), снижение ИМТ ($p=0,023$) и уменьшение окружности талии ($p=0,021$).

Выводы: Таким образом, установлена высокая частота сопряженности факторов сердечно-сосудистого риска и метаболических нарушений углеводного и жирового обменов у больных ИБС с депрессивными расстройствами, значительно превышающая указанные показатели в группе без депрессии. Депрессивные расстройства у больных ИБС с метаболическими нарушениями характеризовались большей тяжестью депрессий как по субъективному восприятию, так и по объективным психодиагностическим оценкам. Клинические проявления метаболических нарушений (СД типа 2, нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемия), выявленные у 65,1% больных ИБС с депрессией, снижают эффективность антидепрессивной терапии.

Рукавишников Г.В.

Особенности клинической картины психических расстройств у пациентов с дерматозами лица

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург

Введение: Кожные заболевания имеют высокий уровень коморбидности с психическими расстройствами и значительно влияют на качество жизни пациентов [1–5]. Распространенность психических расстройств в амбулаторной дерматологической практике составляет от 20% до 35%, в стационарных условиях – до 60% [6]. В отечественной литературе основные исследования по типологии и клиническим проявлениям психических расстройств, коморбидных хроническим дерматозам, принадлежат кафедре психиатрии и психосоматики ФППОВ [1–4]. Показано, что наиболее часто хроническим дерматозам коморбидны аффективные расстройства различной психопатологической структуры, нозогенные реакции и ипохондрические развития [2]. Отмечено, что локализация высыпаний является одним из основных факторов формирования нозогений [2, 3]. Это особенно актуально для кожной патологии, поражающей преимущественно открытые участки тела, в частности – лицо [1–3]. В группу дерматозов, поражающих преимущественно лицо, входят акне, розацеа и периоральный розацеаподобный дерматит. Субъективная оценка тяжести своего состояния у этих пациентов мо-

жет значительно отличаться от объективной клинической оценки, а течение коморбидной психической патологии может иметь ряд особенностей, менее характерных для хронических дерматозов в целом [3, 4].

В задачи нашей работы входила характеристика особенностей психических расстройств у пациентов, страдающих дерматозами лица.

Материалы и методы: В исследование были включены пациенты, проходившие лечение в связи с различными дерматозами лица. С помощью клиничко-психопатологического метода обследованы 65 пациентов в возрасте от 14 до 75 лет (в среднем 29 лет, SD – 12,15). У 29 пациентов было диагностировано акне взрослых, у 24 – подростковое акне, у 10 – розацеа, у 2 – периоральный (розацеаподобный) дерматит. Длительность заболеваний варьировала от 6 месяцев до 60 лет (средняя длительность составила 10,75 года (SD – 6,81)). У 4 пациентов была диагностирована легкая форма акне, у 24 – средней тяжести, у 16 – тяжелая и у 5 – очень тяжелая в соответствии с Упрощенной американской классификацией. У 3 пациентов отмечалась тяжелая папулопустулезная форма розацеа, у 7 – средняя папулопустулезная форма по Стандартной оценочной шкале Национального общества изучения розацеа. У 2 пациентов был диагностирован периоральный дерматит средней степени тяжести в соответствии с Индексом тяжести периорального дерматита. Для скрининга тревоги и депрессии использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Для оценки выраженности психопатологической симптоматики применялся опросник SCL-90-R.

Данных за психопатологическую отягощенность наследственности выявить не удалось за исключением случая параноидной формой шизофрении у матери одной пациентки. Как правило, пациенты отрицали наличие психических расстройств в прошлом, однако в одном случае имели место трудности адаптации в подростковом возрасте, а трое пациентов проходили стационарное лечение в связи с тяжелым депрессивным эпизодом.

43,66% пациентов работали, 31% пациентов учились в средних и высших учебных заведениях. Только 19 пациентов (29,23%) состояли в браке, 35 пациентов (53,85%) имели на момент осмотра сексуальные отношения вне брака.

Результаты и обсуждение: Психотравмирующие ситуации имели место в 8 случаях (12%) и были представлены недавней смертью и болезнями родных (3 пациента), разводом или разрывом отношений (2 пациента). 3 пациента отмечали хроническую стрессовую ситуацию на работе.

Основной жалобой, связанной с кожным заболеванием, было недовольство своим внешним видом. Выраженные в различной степени социофобические реакции, характерные, преимущественно, для дерматозов, поражающих открытые участки кожи [2], были отмечены нами в 70% случаев, что значительно превышало частоту подобных реакций у пациентов с хрони-

ческими дерматозами различных локализаций. Критика к своим переживаниям у пациентов была сохранена. В 15 случаях (23%) пациенты отмечали чувство жжения, зуда в области век, носогубного треугольника. Жалобы пациентов часто касались разнообразных телесных ощущений в области живота, болезненности в конечностях и суставах, не подкрепленных при этом объективной соматической патологией желудочно-кишечного тракта или костно-суставного аппарата (n=10, 15% всех больных). Это соответствует имеющимся литературным данным о частом сочетании дерматоневрозов с органическими неврозами других систем [3, 4].

Наиболее часто пациенты отмечали чувство тревоги (43% случаев). При этом тревога, как правило, была стойкой, не сопряженной с внешними обстоятельствами, препятствовала повседневной деятельности, сопровождалась неспособностью расслабиться, чувством постоянного напряжения, раздражительностью. Усиление тревоги, как правило, наблюдалось в вечерние часы. В отличие от имеющих в литературе данных нами реже отмечались гипертрофированные опасения по поводу дальнейшего течения и исхода кожного заболевания [2]. Психическое состояние пациентов в большей степени соответствовало диагностической категории МКБ-10 F41.1 «Генерализованное тревожное расстройство», а не тревожной депрессии, часто коморбидной хроническим дерматозам [2].

Умеренно сниженное настроение в связи с наличием высыпаний обнаружили 12 пациентов. Однако ни в одном случае не была выявлена рекуррентная депрессия, описанная в работах других авторов [2].

В проведенных исследованиях указывается на то, что расстройства личности, в особенности истерического, психоастенического, шизоидного круга, вносят значительный вклад в формирование нозогенных реакций [2]. У пациентов с дерматозами лица было отмечено преобладание истероидных и более редко шизоидных черт личности. В подобных случаях пациенты значительно чаще посещали врача-дерматолога и предъявляемые ими жалобы носили оттенок демонстративности и вычурности.

По результатам исследования, диагнозы коморбидных дерматозам лица психических расстройств были выставлены в 34% случаев. Они были представлены аффективными и тревожно-фобическими расстройствами, что в целом соответствует существующим представлениям [1–4]. Психическая патология у пациентов с лицевыми дерматозами была представлена преимущественно не депрессивными, а тревожными расстройствами. У 9 пациентов было диагностировано «Генерализованное тревожное расстройство» (F41.1), у 4 – «Соматизированное расстройство» (F45.0), у 4 – «Расстройство адаптации» (F41.2), у 5 – «Смешанная тревожная и депрессивная реакция» (F43.22).

При скрининге пациентов с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии тревога различной степени выраженности была выявлена в 46% случаев, что в целом соответствовало предъявляемым жалобам. В то же время клинически выраженной депрессии, согласно самооценке, не было установлено, что соответствовало клиническому впечатлению. Количественная оценка выраженности психической патологии с использованием опросника SCL-90 подтвердила невротический уровень расстройств. У пациентов выявлены более высокие показатели, чем в популяции по таким шкалам, как соматизация ($0,61 \pm 0,05$), межличностная тревожность ($0,71 \pm 0,05$), тревожность ($0,57 \pm 0,05$), фобии ($0,31 \pm 0,04$), психотизм ($0,34 \pm 0,03$). Согласно данным других авторов, тяжесть обострений хронических дерматозов не всегда коррелирует с тяжестью психической патологии [2, 5]. Нами были отмечены статистически значимые положительные корреляции между тяжестью дерматоза и выраженностью таких показателей, как соматизация ($r=0,264$, $p=0,034$), фобии ($r=0,246$, $p=0,048$) и дополнительные симптомы ($r=0,302$, $p=0,015$).

Выводы: При дерматозах лица со значительной частотой (34%) наблюдается коморбидная психическая патология невротического спектра. Для пациентов с дерматозами лица, в отличие от пациентов с другими хроническими дерматозами, более характерны тревожные, а не депрессивные расстройства. Полученные данные подтверждают сведения о влиянии на формирование психических расстройств не только соматогенных факторов, но и преморбидных личностных черт [2].

Список литературы:

1. Дороженко И.Ю., Львов А.Н., *Психические расстройства в дерматологической практике: учебное пособие* – М., 2006. – 54 с.
2. Дороженко И.Ю., *Психические расстройства, коморбидные хроническим дерматозам* – М., *Обзорное психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева* № 3, 2009.
3. Смулевич А.Б., *Психические расстройства в дерматологии (к построению современной классификации)* – М., *Психиатрия и психофармакотерапия*. Том 06 № 6, 2004.
4. Смулевич А.Б., Львов А.Н., *К проблеме классификации психических расстройств в дерматологии* – М., *Псих. расстройства в общей медицине* № 1, 2008.
5. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R., *Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts*. - *Indian J Psychiatry*. 2010 Jul; 52 (3): 270-5.
6. Picardi A., Mazzotti E., Pasquini P., *Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disorders* - *J AM ACAD DERMATOL* 2006; Volume 54, Number 3.

Скалон А.Д., Мясникова Л.К.

Разработка и апробирование шкалы «Краткий Психолого-психиатрический Профиль в Онкологии (КПППО)» (Экспресс-выявление потребности в психолого-психиатрической помощи пациентов онкологического стационара)

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Введение: Онкозаболевания и их лечение оказывают выраженное влияние на все аспекты жизни человека, начиная от физического состояния и заканчивая психо-эмоциональным, социальным и духовным благополучием. Если одни – от 20 до 30% пациентов [Jacobsen P.V. et al., 2005] – могут справиться с этой ситуацией самостоятельно, то значительной части больных (от 70 до 80%) необходима дополнительная поддержка, причем, как было показано, большинство пациентов, нуждающихся в фармако- и психотерапевтической помощи, оказываются вне поля зрения специалистов [Тхостов А.Ш., 1980, 2003; Семке В.Я., 2008].

По данным исследований, изучающих способность врачей-онкологов адекватно оценить потребность пациента в психолого-психиатрической помощи, большинство онкологов испытывают в этом выраженные затруднения [Passik et al., 1998; Söllner et al., 2001], а именно онкологи являются связующим звеном между пациентами и специалистами в сфере психического здоровья.

Психо-эмоциональная реакция пациента на онкозаболевание влияет не только на качество жизни, но и на комплаенс (нарушение которого при онкозаболеваниях негативно сказывается на прогнозе [Выборных Д.Э. и соавт., 2011; Eddy D., 1984]), вследствие чего актуально своевременное выявление пациентов, нуждающихся в коррекции психического и психосоматического состояния. Исходя из того, что в крупном онкоцентре психиатры и психологи не могут лично обследовать всех поступающих на лечение пациентов, остро стоит вопрос о создании достоверного и чувствительного инструмента, позволяющего врачу-онкологу без применения специальных навыков психолого-психиатрического обследования оперативно определить, нуждается ли пациент в направлении в отделение психореабилитации, для чего следует оценить:

- выраженность тревожно-депрессивной симптоматики, признанной наиболее характерной реакцией на онкозаболевание (т. н. normal grief);
- витальные нарушения (расстройства сна, аппетита, боль, тошнота), как нозогенные (реакция на болезнь), так и соматогенные (проявления онкозаболевания и побочное действие противоопухолевой терапии);
- риск нарушения комплаенса (диссоциативные расстройства, приводящие к нарушению режима терапии, откладыванию лечения и даже от-

казу от него, обращение к всевозможным знахарям и колдунам, «изобретение» собственных, зачастую опасных «методов лечения» и т. п.).

Опыт зарубежных коллег [Holland J.C. et al., 2007; Carlson L. et al., 2012] говорит о том, что регулярная оценка психофизического состояния и последующая психологическая поддержка значительно улучшает качество жизни пациентов; в 2011 г. Международное Общество Психоонкологии (IPOS) официально рекомендовало скрининг онкобольных на выраженность дистресса при прохождении «критических точек» противоопухолевого лечения [Howell D. et al., 2009]. Таким образом, актуальность разработки отечественного механизма оценки потребности онкопациентов в психолого-психиатрической помощи неоспорима.

При анализе подобных опросников (Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), the Psychological Screen for Cancer (PSSCAN), Distress Thermometer (DT), Problem Checklist (PC) обращает на себя внимание, что если первые два пункта (проявления тревоги/депрессии, а также витальные/психосоматические расстройства) активно анализируются, то прогнозирование риска некомплаентного поведения остается без внимания. С учетом результатов работ, выполненных в Отделе соматогенной патологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН под руководством акад. РАМН А.Б. Смулевича и проф. С.В. Иванова (Самушия М.А. и соавт., 2010; Скрыбин Д.А., 2009; Шафигуллин М.Р., 2008; Мясникова Л.К. и соавт., 2012), риск нарушения комплаенса возрастает, во-первых, у пациентов с паранойяльным складом личности (стремление модифицировать терапию («изобретение собственных методов, зачастую опасных для пациента»), сутяжные тенденции, значительно осложняющие взаимодействие врачей и медперсонала с такими больными), и во-вторых, у пациентов с шизотипическим личностным расстройством (в контексте онкозаболевания, проявляющегося стремлением к самолечению, откладыванием лечения и даже категорическим отказом от терапии). Кроме того, было показано [Иванов С.В. и соавт., 2010; Самушия М.А. и соавт., 2011; Шафигуллин М.Р., 2008; Шушпанова, 2012], что онкопациентам свойственна диссоциативная реакция на болезнь и отрицание тревоги и подавленности, притом что они выявляются как в проективных методиках, так и в виде сомато-вегетативных нарушений.

В связи с этим было принято решение взять за основу Дистресс-Термометр [Holland J.C. et al., 2007], дополнить его собственными шкалами и валидизировать на репрезентативной русскоязычной выборке на базе РОНЦ им. Н. Н. Блохина. Подобный диагностический инструмент не только значительно облегчит работу онкологов, но и позволит четко определять потребность онкологического пациента в психолого-психиатрической помощи, что, в свою очередь,

увеличит комплаенс [Смулевич А. Б. и соавт., 2009; Андриющенко А. В., 2011; Самушия М. А., 2012; Выборных Д. В., 2012; Kennard et al., 2004].

Дизайн исследования: Отбор пациентов с целью предварительной оценки психометрических характеристик шкал разработанного опросника осуществлялся случайным образом – в выборке присутствуют как больные, которые были направлены лечащими врачами-онкологами в кабинет психиатра/психотерапевта, так и выбранные в алфавитном порядке через одного среди проходящих стационарное лечение в отделениях ФГБУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина. Все пациенты дали информированное согласие и прошли клинико-психопатологическое обследование врачом-психиатром с целью формулировки диагноза и экспертной оценки потребности в фармако- и психотерапии.

Цель исследования: Разработка и пилотное исследование психометрических характеристик КПППО, направленного на экспресс-определение потребности онкопациентов в психолого-психиатрической помощи, а также распределение потока пациентов в реабилитационном отделении крупного онкологического центра («информационная поддержка» – «психолог» – «психиатр»).

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 46 пациентов, 15 мужчин и 31 женщина с различными онкологическими заболеваниями. Средний возраст на момент обследования составил $50,2 \pm 16,9$ года (диапазон от 16 до 73 лет). Все они на момент исследования проходили стационарное или амбулаторное лечение в РОНЦ им. Н. Н. Блохина (химиотерапию, лучевую терапию или хирургическое лечение).

Обязательным условием отбора было добровольное согласие пациентов. В качестве внешнего критерия для изучения валидности опросника использовались экспертные заключения, основанные на непосредственном обследовании больных (анализ психического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений, медицинской документации). Диагностическое заключение, включавшее оценку потребности в психолого-психиатрической помощи, формулировалось после клинико-психопатологического обследования врачом-психиатром, диагностически сложные случаи предоставлялись на клинические разборы академика РАМН А.Б. Смулевича. Согласно экспертной оценке, 37 человек нуждались в психолого-психиатрической помощи и 9 человек не нуждались в помощи психиатра или психолога. Экспертная оценка проводилась без учета данных скрининг-опросника.

КПППО представляет собой визуально-аналоговую шкалу, состоящую из 15 вопросов, условно обозначенных: «боль», «тошнота», «астения», «нарушения сна», «депрессия», «отношение к людям» (подозрительность), «апатия», «нарушения аппетита», «тревога», «удовлетворенность медицинским обслуживанием и готовность бороться за его улучшение» (склонность к сутяжничеству), «конфликтность», «шизотипия», «эмоциональный

подъем» (эйфория), «общее благополучие» и «смысл жизни». Каждый вопрос оценивался в диапазоне от 0 до 10.

Результаты, полученные по всем шкалам, за исключением шкалы «Тошнота», соответствуют теоретическим ожиданиям: так, группа, нуждающаяся в психолого-психиатрической помощи, набрала большие баллы (среднее значение $3,42 \pm 1,5$), по сравнению с группой, не нуждающейся в помощи (среднее значение $2,14 \pm 0,9$). По результатам логистической регрессии, значимыми оказались шкалы «Шизотипия» и «Инсомния» ($p < 0,05$). Пороговым баллом, необходимым для направления пациента к психологу или психиатру, был признан суммарный балл 7 по обеим шкалам или 3 балла по шкале «Шизотипия».

Обсуждение: Все шкалы, за исключением шкалы «Тошнота», оказались информативны, однако статистическая проверка значимости выделила две шкалы: «Шизотипия» и «Инсомния». Отдельным достоинством разработанного метода является то, что выбранные шкалы практически лишены стигматизирующего контекста, поэтому не отвергаются даже теми пациентами, которые отрицают проявления тревоги или другого психо-эмоционального неблагополучия. В дальнейшем планируется исследование на расширенной выборке пациентов с различной локализацией опухоли и стадиями заболевания. Также планируется сопоставление результатов, полученных с помощью КПППО с результатами других методик, направленных на исследование аналогичных конструкторов.

Выводы: Разработанный нами КПППО является кратким, не отнимающим много времени у врача-онколога и у самого пациента, не стигматизирующим инструментом, способствующим выявлению потребности онкологических пациентов в психолого-психиатрической помощи и распределению потока пациентов внутри реабилитационного отделения. Планируется продолжение работы по валидации и внедрению в работу крупных онкологических учреждений.

Тарасова Г.В.

Органическое психическое расстройство и сердечно-сосудистая патология: некоторые психосоматические аспекты (по данным судебно-психиатрической экспертизы)

ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», Москва

В течение последнего десятилетия значительно возрос интерес исследователей к сосуществованию психических расстройств и соматических за-

болеваний. Данная проблема, с одной стороны, представляется актуальной в контексте современных научных установок, с другой – имеет и несомненное практическое значение, объединяет проблемы и задачи клинической психиатрии и терапии, обеспечивая комплексное решение актуальных на сегодняшний день проблем (диагностики, лечения, прогноза).

Цель работы: Оптимизация диагностической оценки органических психических расстройств у лиц с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы: Клинико-психопатологическим, соматоневрологическим, психометрическим, статистическим методами обследованы 121 обвиняемый мужского пола в возрасте от 20 до 84 лет ($55 \pm 13,52$ года), прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, страдающих органическим психическим расстройством (F00–F09) и сердечно-сосудистым заболеванием (Класс IX Болезни системы кровообращения I00 – I99). Анализировались изменения психического/соматического состояния; структуры динамического сдвига – в пределах органического психического расстройства / соматического заболевания.

Результаты обследования и их обсуждение: Анализ анамнестических сведений в общей выборке обследованных показал недостаточную эффективность выявления как психической (47 набл., 39%), так и соматической патологии (не выявлено до экспертизы 45,5% случаев, 55 набл.), низкое качество оказываемой им медицинской помощи, что объясняется не только проблемами диагностики, но и спецификой контингента обследованных с типичным игнорированием имеющих болезненных расстройств, низким уровнем качества жизни. У всех обследованных имела место хроническая сердечно-сосудистая патология, учитывались: 1) локализация патологического процесса (гипертоническая болезнь (I10-I 15) 42 набл. – 34,7%; атеросклероз сосудов головного мозга и сердца (I70-I 79) 15 набл. – 12,4%; цереброваскулярная патология (I70-I79 I10-I15) 25 набл. – 20,7%; ИБС (I20-I25) 2 набл. – 1,7%; сочетание – 37 набл., 30,5%); 2) острые нарушения кровообращения (инсульты 15 набл. – 12,3%; инфаркты 3 набл. – 2,5%). В отличие от общепсихиатрической практики в судебной психиатрии сравнительно редко встречаются инсультные формы психических расстройств сосудистого генеза. Это, скорее всего, объясняется не столько клинико-патогенетическими особенностями исследованных состояний, сколько недостаточностью анамнестических сведений (частотой неverified острого мозгового ишемия в анамнезе); 3) сочетанность с соматическими заболеваниями иных функциональных систем (ЖКТ, бронхо-легочной и др.) – 43 набл., 35,5%.

Результаты судебно-психиатрической диагностики свидетельствуют о преобладании органического психического расстройства смешанного ге-

неза (81,8%), дефицитарных органических расстройств (около 70% набл.); о высокой верифицируемости сосудистого генеза деменции (51,2%).

В судебно-следственной ситуации выделено 3 варианта неблагоприятной динамики органического психического расстройства. У первой группы (34 набл., 47,2%) ухудшение состояния было обусловлено резким нарастанием прогрессивности и соответственно усугублением имевшихся расстройств. У второй группы (32 набл., 44,5%) имел место отчетливый динамический сдвиг по типу декомпенсации. Значительно реже (6 набл., 8,3%) ухудшение состояния проявлялось выявлением психогенных нестойких депрессивных реакций на фоне ОНР – третья группа.

При дифференцированной оценке клинической динамики психической и соматической патологии все обследованные (из 72 набл.) предъявляли жалобы соматического характера. Объективное ухудшение соматического состояния наблюдалось в 76,4% наблюдений. К числу этих случаев (55 набл.) могли быть отнесены все 34 клинических наблюдения из первой группы неблагоприятной динамики (по типу нарастания прогрессивности) – 47,2% и 21 клиническое наблюдение – из второй (состояния декомпенсации ОНР) – 29,2%. Ухудшение соматического состояния проявлялось неблагоприятной динамикой соматического заболевания – в 6 набл. (10,9%) в судебно-следственной ситуации имели место острые мозговые катастрофы – инсульт, в 49 набл. (89,1%) – ухудшение соматического состояния в виде гипертонических кризов, стенокардии (от 55 набл.), что сопровождалось госпитализациями в терапевтические отделения (36 набл., 65,5%), в том числе и повторными (17 набл., 30,9%), в 3,6% случаев – активным наблюдением терапевтом.

В 23,6% случаях предъявляемые жалобы соматического характера не отражали объективного ухудшения соматического состояния – у части пациентов с состояниями декомпенсации (2 группа) и у всех обследованных 3 группы. При анализе несоответствия результатов объективного обследования характеру субъективных жалоб можно говорить об определенном утяжелении болезненных переживаний соматического характера. Предпосылками этому могут служить: наличие соматического анамнеза (опыт болезненных ощущений в прошлом), актуализирующийся в субъективно-сложной ситуации по механизму воспроизведения, конверсии; наличие в судебно-следственной ситуации специфических психических расстройств (депрессия, декомпенсированная личностная патология) коморбидных сердечно-сосудистой патологии; преимущественный тип психического реагирования в виде психосоматических расстройств, функциональных синдромов.

Зависимость характера соматических жалоб от типа неблагоприятной клинической динамики. В 1-ой наиболее прогностически и клинически не-

благоприятной группе при констатации тяжелых обострений соматической патологии соматические жалобы были подчас минимальными. Преобладающая патология в этих случаях была представлена тяжелыми психоневрологическими расстройствами, выраженными когнитивными нарушениями. В 3 группе (неблагоприятная динамика по типу депрессивных реакций) и в значительной части клинических наблюдений 2 группы соматические жалобы были многообразными – не только в виде болей в области сердца, сердцебиений и др., но и более нейтральных жалоб на головные боли, головокружения, диффузные болевые ощущения, в том числе в области ЖКТ, при дыхании, мочеиспускании и др. Во 2 группе (неблагоприятная динамика по типу декомпенсации органической соматической патологии) жалобы на соматическое неблагополучие наиболее реально соответствовали неблагоприятной динамике соматической болезни, хотя и в ряде наблюдений данной группы можно было говорить об отмеченной выше соматизации.

В зависимости от структуры сдвига (в пределах ОПР/соматического заболевания, 121 набл.) выделено также 3 варианта: 1) преимущественно психического состояния (как правило, неблагоприятная динамика ОПР) – 28 набл. (23,2%) с независимым характером психосоматических соотношений. Сосудистый фактор играл патопластическую роль, определяя особенности клинической картины – повышение удельного веса соматизированных психических расстройств; 2) как психического, так и соматического состояния – 55 набл. (45,4%), с отчетливым субординированным (зависимым) характером психосоматических соотношений. Соматическая патология играла уже патогенетическую роль; 3) преимущественно соматического состояния (38 набл., 31,4%), с независимыми психосоматическими соотношениями, когда усугубление соматического заболевания не сопровождалось ухудшением психического состояния (благоприятный вариант динамики).

Выводы: Резюмируя вышесказанное, можно констатировать «недовывяляемость» соматической патологии в анамнезе; «недооценку» этиопатогенетической роли сосудистой патологии; малое число зарегистрированных инсультных и инфарктных форм в частности из-за недостаточной выявляемости преходящих и легких форм сосудистых нарушений. По результатам дифференцированной оценки исследованных состояний можно говорить об определенных соотношениях психической и соматической патологии, прежде всего о соподчиненности. В одних случаях соматическая патология может быть оценена как самостоятельное патогенетическое звено в становлении прогрессирующего органического расстройства, в других – можно говорить и о так называемых психосоматических циклах в рамках протрагированных состояний декомпенсаций органического

психического расстройства, функциональных соматических расстройств. Для отдельных вариантов динамики характерны определенные психосоматические соотношения, при которых соматическая патология играет патопластическую, либо патогенетическую роль: независимые или субординированные.

Федотов И.А., Андреева О.В.

Роль патологии психической сферы в полиморфной клинической картине туберозного склероз

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань

Туберозный склероз (ТС) – генетическое заболевание из группы факотомозов. В честь описавших ее впервые ученых данная нозология получила также распространенное название «болезнь Прингла-Бурневилля».

В настоящее время доказано, что болезнь передается по аутосомно-доминантному типу с неполной экспрессивностью и высокой пенетрантностью. В 30–70% случаев болезнь связана с мутацией, возникающей *de novo*. Описано два гена, «ответственные» за возникновение данного заболевания: TSC1, который располагается в 9 хромосоме и кодирует белок гамартин (ТС 1 типа, ОМIM #191100), и TSC2, расположенный в 16 хромосоме и кодирующий белок туберин (ТС 2 типа, ОМIM #613254). Оба эти белка являются супрессорами опухолевого роста, потому при их аномалии возникает множество новообразований, которые и определяют клинику болезни. Частота встречаемости ТС составляет в среднем 1:30000.

В 1998 году Tuberous Sclerosis Alliance были приняты диагностические критерии ТС. Большие критерии: ангиофибромы лица или фиброзные бляшки на лбу, нетравматические околоногтевые фибромы, гипопигментные кожные пятна (больше трех), участок «шагреновой кожи», множественные гамартомы сетчатки, корковые туберы, субэпендимальные узлы, гигантоклеточная астроцитомы, рабдомиомы сердца множественные или одиночные, лимфангиомиоматоз легких, множественные ангиомиолипомы почек. Малые критерии: многочисленные углубления в эмали зубов, гамартоматозные ректальные полипы, костные кисты, миграционные тракты в белом веществе головного мозга, фибромы десен, гамартомы внутренних органов, ахроматический участок сетчатой оболочки глаза, гипопигментные пятна «конфетти» на коже, множественные кисты почек.

К настоящему времени нет детальных описаний психических изменений при ТС, а также не определена и роль данной группы проявлений болезни в построении тактики лечения и определении прогноза заболевания. В нашей работе было проведено комплексное исследование психической сферы у больного с ТС.

Описание клинического случая (больной С.)

Анамнез: бабушки и дедушки больного были здоровы. У отца больного С. были ангиофиброматозные высыпания на лице, других симптомов не обнаруживалось. Он отслужил полностью армейскую службу, работал водителем. Вероятно, именно у отца пробанда заболевание впервые возникло в связи со спонтанной мутацией. Мать пробанда была здорова. Средняя сестра С. и двое ее детей здоровы. Старшая сестра С. страдала эпилептиформными припадками и глубокой умственной отсталостью, умерла в возрасте 45 лет от неуточненного «заболевания сердца» (возможно, рабдомиомы).

Больной С. родился третьим ребенком в семье, доношенным, при рождении аномалий не отмечено. До 9 месяцев развивался нормально, после стали отмечаться кивки – подергивания головы по типу «салаамовых» приступов (инфантильные спазмы) и отставание в нервно-психическом развитии. В школу не ходил, несистемно обучался на дому, учеба давалась тяжело: читать научился только по слогам. Никакой психокоррекционной помощи не получал. Помогал родителям по хозяйству, выполняя несложную работу по дому.

С 9 лет начались генерализованные клонико-тонические судороги, преимущественно в ночное время, с частотой 3–4 раза в месяц. На фоне политерапии (люминал, финлепсин) отмечались медикаментозные ремиссии длительностью до 3–4 лет, в течение которых припадки больного не беспокоили. В препубертатном возрасте появилась характерная сыпь на лице – ангиофиброматоз.

Приблизительно с 2000 года начали отмечаться изменения в поведении больного: периодически возникали вспышки психомоторного возбуждения со стереотипиями и немотивированной агрессией по отношению к матери. Больной утверждал, что во время этих приступов слышит «голос Ленчика-пончика». В 2009 году больной поступил в РОКПБ им. Н. Н. Баженова для обследования и направления в стационарное учреждение социального обслуживания психоневрологического профиля.

Соматический статус: на коже больного обнаруживаются множественные патогномичные признаки туберозного склероза: ангиофиброматоз и плотные фибромы на лице, нетравматические околоногтевые фибромы на пальцах рук и ног (приводящие к грубой деформации ногтевой пластины), гипопигментные пятна на коже ягодич. При УЗИ забрюшинного простран-

ства: в центральной части паренхимы правой почки визуализируется солидное неоднородное образование 70x60 мм с интенсивной васкуляризацией (ангиомиолипома). В паренхиме левой почки обнаружено подобное образование 23 мм в диаметре.

Неврологический статус: Обнаружена девиация языка вправо, симметричное повышение сухожильных и периостальных рефлексов, положительные симптомы Якобсона-Ласка и Жуковского с двух сторон. При исследовании глазного дна на периферии сетчатки выявлены единичные очаги белесоватого цвета. При рентгенография черепа в проекции лобной доли визуализирован очаг затемнения диаметром 3 см (кортикальный тубер). На МРТ головного мозга обнаружено умеренное расширение боковых желудочков, под их эпендимой определяются мелкие зоны выпадения сигнала по T1 и T2 ВИ вследствие обызвествления (субэпендимальные гамартомы) до № 7. В левой теменной и лобных долях, субкортикально выявляются немногочисленные зоны повышения сигнала по T2, размерами до 1,5 x 0,5 см (корковые туберы).

Психический статус: Сознание формально ясное. Понимает, что находится в городе Рязани, в больнице. Знает свой возраст. Понимает, что родственники привезли его в больницу, так как умерла его мать и ему не с кем жить. Понимание более сложных вопросов затруднено, дает на них бездумные, зачастую противоречивые ответы.

Контакт затруднен из-за тонико-клонического заикания. Речь с дизартрией, переходящей в логоклоническое повторение отдельных слов. Строение языка значительно изменено: он узкий, «географический», отмечается его девиация вправо. Объем артикуляционных движений резко сужен. Звукоспроизношение грубо дефектное, свистящие и шипящие звуки межзубные, дефектные, ярко выраженная стертая дизартрия. Незначительный назальный оттенок речи, повышенная саливация. Темп речи неровный, «захлебывающийся». Активный словарный запас скудный, в основном бытовой. Функция слова, как правило, номинальная. В речи ярко выражены запинки клонико-тонического типа со смазанной артикуляцией и укороченным дыханием. Страха речи не испытывает, отношение к дефекту безразличное. Речь сложная для восприятия окружающими, она изобилует персеверациями и стереотипными речевыми оборотами. Так, больной часто повторяет за врачом вопросы, а многие предложения заканчиваются стереотипным оборотом «вот и все и больше ничего». Имея довольно богатый словарный запас, пациент, пассивно владеющий многими обобщающими понятиями, не использует эти понятия в активной речи, не может в связи с этим самостоятельно провести обобщения, а при быстро наступающем утомлении вообще демонстрирует феномен отчуждения смысла слова.

Обманы восприятия имеют эпизодический характер: во время аффективно насыщенных приступов больной жалуется на вычурные, тянущие ощущения в области желудка и «голос Ленчика-пончика», который он «слышит с небес». Какую-либо интерпретацию этим переживаниям больной дать не в состоянии. Подобные приступы длятся 2–3 минуты, возникают 1 раз в 3–5 дней, купируются самостоятельно. При нейропсихологическом исследовании обнаружена выраженная тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля. Кроме того, следует отметить выраженное недоразвитие пространственных представлений, в частности непонимание предлогов пространства (не может нарисовать круг под квадратом на горизонтальной плоскости и на вертикальной) и невозможность копирования рисунков. Все это может указывать на заинтересованность теменных долей.

Больной в основном сохраняет ровный, дружелюбный, благодушный фон настроения, за исключением периодов описанных ранее галлюцинозно-дисфорических приступов. Выражены абулические расстройства: предоставленный самому себе, испытываемый пассивен и бездеятелен, зачастую амбивалентен в своих суждениях и амбитендентен в поступках: например, соглашается, что сможет жить один, и тут же говорит, что его нужно оформить в интернат.

Мышление изобилует соскальзываниями на случайные побочные ассоциации, что заметно нарушает его стройность и продуктивность, а порою и вовсе не позволяет понять смысл произносимых фраз. С периодичностью в среднем 1 раз в неделю у больного наблюдаются *обсессивно-моторные приступы*, во время которых больной навязчиво «кривляет лицо», совершая при этом стереотипные «умывающиеся» движения. Очерченных сверхценных или бредовых идей не обнаруживает. Механическая память испытуемого вполне удовлетворительна (из 10 воспроизводит 3,6,8,9, отсрочено – 8 слов). Внимание испытуемого и продуктивность работы в эксперименте грубо колеблются.

Исследование интеллекта выявило его явную недостаточность (до уровня умеренной умственной отсталости), однако структура интеллектуального недоразвития весьма своеобразна. Целый ряд имеющихся у испытуемого проблем умственной деятельности могут быть отнесены к признакам несформированности межполушарного взаимодействия, а именно несформированность реципрокной координации (испытуемый одинаково неловко пользуется и левой и правой рукой), обилие зеркальностей (как элементарных, так и системных), что обнаруживается при письме, а также при анализе сюжетных картин, которые испытуемый рассматривает справа налево. Также нарушен и динамический праксис (испытуемый не может повторить цепочку из трех движений, нарисовать ритмично повторяющийся узор «заборчик»), обнаруживаются обильные эхопраксии, эхолалии. Без

эхололических повторов испытуемый отвечает лишь на простые бытовые вопросы – о самочувствии, о ежедневных своих занятиях. То же касается произвольной организации какой-либо целенаправленной деятельности. Демонстрирует грубейшую инертность, нарушения переключаемости и невозможность планирования.

Катамнез (срок наблюдения – 4 года): на фоне симптоматического лечения (антиконвульсанты) и психокоррекционной работы состояние улучшилось: пароксизмальные состояния, описанные выше, прекратились. В целом поведение в отделении стало упорядоченным. Больной пассивен, бездеятелен, выполняет указания медперсонала, освоил элементарные навыки самообслуживания. Отличается повышенным аппетитом, без ограничений извне может принять неограниченное количество пищи (вплоть до рвоты). Выровнялся эмоциональный фон, который стал преимущественно благодушным, дисфорических вспышек больше не отмечалось. В то же время контакт остается затрудненным, в основном из-за сложности формулирования понятий.

Выводы: ТС – мультисистемное заболевание, причем симптомы поражения ЦНС играют одну из ведущих ролей в общей клинической картине. Психические проявления при ТС в силу своеобразия отличают данное заболевание от прочих схожих. В содержательном контексте они определяются сложным сочетанием когнитивных, перцептивных и эмоционально-волевых расстройств, в динамическом – соотношением пароксизмальных и непароксизмальных явлений. Катамнестические наблюдения показывают, что комплексное лечение может улучшить психическое состояние больного.

Чумаков Е.М.

Психические расстройства у больных сифилисом, инфицированных ВИЧ

Кафедра психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург

Сифилис остается одной из наиболее распространенных во всем мире инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Растет число наблюдений, в которых сифилис является частью микст-инфекции с другими ИППП, в частности с ВИЧ и вирусными гепатитами. Психические нарушения при сифилисе могут проявиться в виде острой реакции на стресс (аффективно-шоковые реакции, депрессивные, тревожные состояния), пролонгирован-

ных клинико-психопатологических формах реагирования (астеническими, астено-депрессивными, тревожно-фобическими состояниями). Особенностью психического статуса ВИЧ-инфицированных считается частая коморбидность эндогенной депрессии.

В задачи исследования входило изучение психические расстройства у больных сифилисом на фоне ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: Исследовано 100 пациентов, которые проходили лечение по поводу различных форм сифилиса в стационаре СПб ГБУЗ ГорКВД. Архивным методом изучены 83 историй болезни ВИЧ-инфицированных пациентов, из них 50 мужчин и 33 женщины (первая группа). Клинико-психопатологическим методом обследованы 17 пациентов, инфицированных ВИЧ, в том числе 8 мужчин и 9 женщин (вторая группа). Возраст пациентов первой группы колебался от 18 до 55 лет и составил в среднем $35,06 \pm 12,01$ года. Возраст пациентов второй группы колебался от 18 до 50 лет и составил $35,0 \pm 10,9$ года.

Пациенты были госпитализированы по направлению районных КВД в связи с выявленным сифилисом. Клинические проявления сифилиса имелись у 46 пациентов первой и 7 пациентов второй группы. Никто из пациентов антиретровирусную терапию не получал. У 62,0% пациентов (54 пациента (65,0%) первой и 8 пациентов (47,1%) второй группы) диагноз «ВИЧ» впервые был поставлен в ходе данной госпитализации, и на момент обследования пациенты о нем не знали, остальные пациенты уже знали о наличии ВИЧ при поступлении в стационар.

Для оценки выраженности психопатологической симптоматики использовали Госпитальную шкалу тревоги и депрессии и клинические градуированные шкалы депрессии и тревоги Гамильтона.

Результаты: В большинстве случаев (более 85%) выявлен низкий уровень образования. 58,0% от общего числа пациентов, в том числе 49 пациентов (59,0%) первой и 9 пациентов (52,9%) второй группы не работали на момент обследования. 36,1% пациентов первой и все работающие пациенты (47,0%) второй группы занимались малоквалифицированным трудом.

Все пациенты обладали признаками рискованного поведения. 73,0% пациентов (60 пациентов (72,3%) первой и 13 пациентов (76,5%) второй группы) не состояли в браке на момент обследования, при этом 24,0% пациентов первой и 5,9% пациентов второй группы были в разводе. Примерно половина пациентов (54,2% пациента первой и 47,1% второй группы) имели постоянного сексуального (в том числе гомосексуального) партнера, а также более чем одного сексуального партнера за предшествующие началу лечения 6 месяцев (55,4% пациентов первой и 47,1% пациентов второй группы) и случайные половые связи (62,7% пациентов первой и 47,0%

пациентов второй группы). 82,4% обследованных пациентов не применяли средства контрацепции в течение последних 6 месяцев. Из числа обследованных пациентов второй группы 4 мужчин (23,5%) обозначили свою сексуальную ориентацию как гомосексуальную, а 2 женщины (11,8%) сообщили об опыте сексуальных контактов с представителями обоих полов, причем гомосексуальные контакты были преимущественно в состоянии наркотического опьянения. Архивный метод не позволил установить долю гомосексуалистов в первой группе, так как данные о сексуальной ориентации в историях болезни отсутствовали. 14 мужчин (14,0% от числа всех пациентов) систематически пользовались услугами коммерческого секса. 5 женщин (5,0%) занимались проституцией с целью получения наркотиков.

42,0% пациентов (30 пациентов (36,1%) первой и 12 пациентов (70,6%) второй группы) имели опыт употребления наркотиков. 29,0% пациентов эпизодически употребляли каннабиоиды (марихуану, гашиш), 28,0% пациентов употребляли опиоидные производные внутривенно (героин, метадон). 7,0% пациентов употребляли психостимуляторы (амфетамины, экстази). В 15,0% случаях имела место полинаркомания. 26,0% пациентов злоупотребляли алкоголем. 23 пациента (23,0%) с опиоидной зависимостью в прошлом отбывали сроки в местах лишения свободы за кражи.

По результатам ретроспективного анализа, 26,1% пациентов в период госпитализации получили консультацию специалиста, в том числе 17 пациентов были осмотрены наркологом и 13 пациентов – психиатром. В 7 случаях (8,4%) была диагностирована текущая опиоидная зависимость, в 4 случаях (4,8) – опиоидная зависимость, ремиссия; в 7 (8,4%) – алкогольная зависимость. Были выявлены депрессивный, тревожный, астенический и дисфорический синдромы (4 пациента). Четверым пациентам был выставлен диагноз расстройства адаптации (F43.20 и F43.22), одному пациенту – диагноз эмоционально-неустойчивого расстройства личности (F60.3).

При клинико-психопатологическом обследовании психические расстройства были выявлены у 13 пациентов второй группы (76,5%). В 41,2% случаев выраженность депрессии не превышала легкой степени ($11,2 \pm 2,33$ балла по шкале депрессии Гамильтона, $7,2 \pm 1,88$ балла по Госпитальной шкале). В 11,7% случаев депрессия достигла тяжелой степени ($20,0 \pm 1,41$ балла по шкале депрессии Гамильтона, $11,5 \pm 0,71$ балла по Госпитальной шкале). Тревога в 23,5% случаев достигала средней степени выраженности ($19,0 \pm 0,82$ балла по шкале тревоги Гамильтона, $11,25 \pm 0,5$ балла по Госпитальной шкале).

В структуре психических расстройств второй группы доминировали нозогенные расстройства в рамках реакции личности на факт заболевания сифилисом (47,1% пациентов), проявившиеся депрессивным и тревожно-

депрессивным синдромами. У пациентки 50 лет, получавшей лечение по поводу позднего нейросифилиса, с коморбидными компенсированными заболеваниями сахарным диабетом и гипертонической болезнью, была диагностирована выраженная соматогенная депрессия с астеническим компонентом, претерпевшая положительную динамику на фоне лечения сифилиса. Эндогенная депрессия тяжелой степени была зарегистрирована у пациентки 18 лет с зависимостью от ПАВ. Психическое состояние характеризовалось отчетливой суточной динамикой, витальной тоской, наличием суицидной попытки за месяц до данной госпитализации.

Во всех случаях нозогенные реакции развились в период обследования. Пациентам были свойственны малая информированность о заболевании, невозможность правильно оценить его прогноз. Невротические нозогении (23,5%) были представлены гипонозогностическим вариантом тревожно-диссоциативных реакций с диссоциацией между проявлениями тревоги и демонстративно-пренебрежительным отношением к лечению. Аффективные нозогении (23,5%) были представлены гипернозогностическим вариантом реакций с преобладанием в клинической картине выраженной гипотимии с аффективной неустойчивостью, пессимистической оценкой будущего, растерянностью, признаками дереализации, выраженными нарушениями сна и снижением аппетита.

Психические расстройства у обследованных пациентов соответствовали диагностическим критериям МКБ-10: F32.2. «Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов» (5,9% обследованных); F06.32. «Органическое аффективное расстройство (депрессивный эпизод тяжелой степени)» (5,9%); F43.20 «Кратковременная депрессивная реакция» (23,5%); F43.22 «Смешанная тревожная и депрессивная реакция» (23,5%); F10.20 «Синдром зависимости от алкоголя, ремиссия» (5,9%); F10.24 «Синдром зависимости от алкоголя (17,6%); F10.26 «Синдром зависимости от алкоголя, в настоящее время эпизодическое употребление» (5,9%); F11.20 «Синдром зависимости от опиоидов, ремиссия» (17,6%); F11.34 «Синдром зависимости от опиоидов» (17,6%); F11.36 «Синдром зависимости от опиоидов, в настоящее время эпизодическое употребление» (5,9%); F60.3 «Эмоционально-неустойчивое расстройство личности» (17,6%). В 7 случаях были выставлены одновременно два диагноза, в 3 случаях – три.

Выводы: Установлена значительная частота нозогенных реакций, аддиктивных расстройств, расстройств личности у больных сифилисом, инфицированных ВИЧ. Клинические проявления психических нарушений определялись наличием как гипернозогностических, так и гипонозогностических вариантов нозогенных реакций, преобладанием эмоционально-неустойчивых расстройств личности, опиоидной и алкогольной зависимости.

Все обследованные пациенты отличались рискованным поведением, низкой социальной адаптацией.

Особенностью психических расстройств у больных сифилисом с ВИЧ-инфекцией было то, что пациенты с зависимостью, находящиеся в ремиссии и знавшие о своем ВИЧ-статусе до поступления, в отличие от пациентов, не имевших информации о наличии ВИЧ, с текущей зависимостью или алкоголизмом, не обнаруживали нозогенных реакций на факт заражения сифилисом. При этом характер реакций на факт заражения ВИЧ у этих пациентов соответствовал гипонозогнозическому с игнорированием серьезного заболевания, и только спустя длительное время, под воздействием социальных факторов, пациенты добивались ремиссии. После заражения ВИЧ у этих пациентов сохранялось рискованное поведение, следствием чего стало заражение сифилисом.

Шеломкова О.А.

Связь аффективности с психическими расстройствами при болезни Шегрена

ФГБУ «МНИИП» Минздрава России, Москва

Актуальность исследования: Болезнь Шегрена (БШ) характеризуется хроническим аутоиммунным воспалительным процессом в секретирующих эпителиальных железах с поражением слюнных и слезных желез [1]. Частота психических нарушений при БШ по данным различных исследователей, составляет в среднем около 30% [11, 13, 14], при этом наиболее часто выявляют тревожные и депрессивные расстройства. В качестве характерных особенностей больных БШ выделяют демонстративность (30%), шизоидность, параноидность (38–71%) и психастению (70%) [11, 12, 15]. Среди других личностных особенностей указывают на склонность к дисфорическим реакциям, повышенные показатели психотизма, нейротизма и таких ананкастных и меланхолических черт характера, как перфекционизм, озабоченность деталями и правилами [12].

Аффективность (тревожный, тоскливый или апатический ядерный аффект) как предрасположение определяется индивидуальной спецификой восприятия и реагирования [2, 4, 5–8]. Для каждого из трех типов аффективности имеются свои особенности и отличительные признаки, типы аффективности не смешиваются между собой. Однако возможно, что представитель одного типа может заимствовать некоторые черты другого типа,

оставаясь при этом лишь в своем пространстве. Так, характерной особенностью апатической аффективности является опора восприятия напредставления и волю [8, 9]. Тоскливая аффективность определяется опорой восприятия на чувства [6]. Тревожная аффективность характеризуется опорой восприятия на ощущения и таким способом взаимосвязи с окружающим, что человек, прежде всего, ощущает окружающее; мир открыт ему как явление, которое непосредственно затрагивает его [7]. Определение типа аффективности имеет существенную значимость для психопатологической диагностики, профилактики психических расстройств, а также их комплексной дифференцированной терапии [3]. Определение типа аффективности дает полное представление о больном, т. к. позволяет индивидуально оценить значимость личностных особенностей и клинической картины психических расстройств.

Цель исследования: Выявление характерных для больных БШ психологических типов аффективности и их связи с клинической картиной у больных БШ с ПР.

Методы и материалы: Исследование проводилось на базе лаборатории интенсивной терапии ревматических заболеваний ФГБУ НИИР РАМН, отбор пациентов проводился случайным образом как из больных находящихся в стационаре, так и получающих амбулаторную помощь. Применялись следующие методы обследования: клинко-психопатологический, клинко-психометрический (PSS-10), клинко-психологический и клинко-статистический. Клинко-психологический метод включал методики оценки концентрации внимания и логического мышления [10], а также батарею проективных методик, включая методику «Пиктограммы» [10], которая применялась для определения типа аффективности. Использованы количественные и качественные критерии для оценки методик.

Диагностика ПР осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10 с применением клинко-психопатологической карты и полуструктурированного интервью. Психопатологическая диагностика расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) проводилась в соответствии с типом ведущего аффекта (Вертоградова О.П. 1981), а также клинко-психологической структуры ядерного аффекта (типа аффективности) (Вельтищев Д.Ю. 2001).

В исследование вошло 80 больных, из них большинство – женщины (n=76, 95%) и 4 (5%) мужчин в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст = 46,22±12,3). Соотношение «женщины/мужчины» составило 19/1. Длительность заболевания от 1 года до 38 лет, Me=11,8±8,92 года. Возраст начала БШ – от 6 до 62 лет (средний возраст = 34,6±13,3). Средний возраст начала психических расстройств (ПР) составил 31,18±14,6 года.

Результаты: Среди больных БШ преобладал апатический тип аффективности – (64; 80%), существенно реже встречались тревожный (5; 6,3%) и тоскливый (11; 13,7%).

Аффективность, как предрасположение, во многом определяет структуру ПР и некоторые клинические проявления БШ. Для больных с апатической аффективностью характерна гендерная дисфория (42; 65,6%), экстрапунитивная позиция (49; 76,6%), завышенный уровень самооценки (54; 84,4%) и выраженные КН (25; 39%) в основном в виде некритичности к ошибкам, снижения уровня обобщения, а в случае шизотипического расстройства (19; 29,7%) – специфические нарушения мышления с нарушением мотивационной стороны мышления (разноплановость, резонерство, обстоятельность и некритичность к ошибкам) и операционной стороны мышления (процесса обобщения, а именно опора на латентные признаки, соскальзывания). Кроме того, в структуре РТДС преобладал тревожно-апатический синдром (35; 54,6%). У всех больных шизотипическим расстройством (19; 23,7%) был выявлен апатический тип аффективности.

Пациентам с тоскливой аффективностью свойственны формальный сексуальный запрос (гендерная дисфория) (8; 72,7%) и относительный риск выявления выраженных КН (в виде снижения внимания и уровня обобщений) (4; 36,3%) в большей степени, чем для больных с тревожной аффективностью ($OR=1,67$; ДИ (0,13–20,3), однако в целом среди них преобладали умеренные КН (3; 27,2%), либо они отсутствовали (4; 36,3%). В этой группе чаще встречалась В-клеточная лимфома (6; 54,4%, $p=0,03$), что говорит о более тяжелом течении БШ. В структуре РТДС отмечено доминирование тревожно-тоскливого синдрома (8; 72,7%), а также антивитальных мыслей на момент осмотра. Для больных с тревожной аффективностью характерна экстрапунитивная позиция (3; 60%) и не характерна гендерная дисфория. В структуре РТДС наблюдался как тревожно-тоскливый (3; 60%), так и тревожно-апатический синдромы (2; 40%), где апатия, вероятно, являлась следствием выраженной усталости. В этой группе можно отметить более высокий уровень влияния жизненных событий при сравнении с больными апатической аффективности ($p=0,03$). Кроме того, у больных с тревожной аффективностью выявлена более выраженная склонность к экссудативным воспалительным реакциям.

По встречаемости ПР среди разных типов аффективности ($n=80$) получены следующие данные: генерализованное тревожное расстройство (9; 11,3%) ($p=0,02$), расстройство адаптации (11; 13,7%) ($p=0,0001$), депрессивный эпизод (15; 18,7%) ($p=0,002$) и рекуррентное депрессивное расстройство (12; 15%) ($p=0,01$) достоверно чаще встречались у больных с апатическим типом аффективности, чем у больных с тревожным типом. Дистимия

(12; 15%) ($p=0,001$) чаще встречалась у больных с апатическим типом аффективности в сравнении с тоскливым. При этом больные без ПР (2; 2,5%) имели также апатический тип аффективности.

Выводы: Выделение типов аффективности, проводимое в соответствии с функциональной личностной диагностикой и рассматриваемых в качестве предрасположения, позволяет проводить дифференцированную комплексную диагностику ПР у больных ревматическим заболеванием, что предполагает обоснованный выбор адекватной тактики лечения, включая психотерапию и психофармакотерапию.

Список литературы:

1. Васильев В.И. *HYPERLINK* <http://www.rmj.ru/articles_5925.htm> Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика болезни Шегрена // *Ревматология*; 2008; том 16, № 10, с. 638–649.
2. Вельтищев Д.Ю. *Клинико-патогенетические закономерности ситуационных расстройств депрессивного спектра / Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Москва, 2000. – 40 с.*
3. Вельтищев Д.Ю., Банников Г.С., Серавина О.Ф. и др. *Диагностика стрессовых расстройств в общей и специализированной медицинской практике // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных. Материалы российской конференции. – Москва, 2006. – с. 148.*
4. Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С., Серавина О.Ф. и др. *Аффективно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологической практике // Психиат. психофармакотер. 2009; 11 (5); 17–22.*
5. Лызлов А.В., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б. *Аффективность как структурообразующая основа антропологических пространств: философия, психология, психиатрия // Вопросы психологии: журнал. – 2010. – № 3. – С. 65–74.*
6. Лызлов А.В., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б. *Тоска как ядерный аффект: опыт структурно-психологического анализа // Вопросы психологии. – 2012. – № 5. – С. 62–72.*
7. Лызлов А.В., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б. *Тревога как ядерный аффект: опыт структурно-психологического анализа // Вопросы психологии: журнал. – 2011. – № 4. – С. 66–77.*
8. Лызлов А.В., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б. *Апатия как ядерный аффект: опыт структурно-психологического анализа // Вопросы психологии: журнал. – 2013. – № 2. – С. 65–80.*
9. Мерло-Понти М. *Феноменология восприятия. Санкт-Петербург: «Ювента» «Наука», 1999, С. 605.*

10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). – М.: Апрель пресс, Психотерапия, 2010. – 224 с.
11. *Personality and psychopathology in patients with primary Sjögren's syndrome* // *Ter Arkh.* 1988; 60 (4): p. 49-52.
12. Karaiskos D, HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Mavragani%20CP%22%5BAuthor%5D>» Mavragani CP, HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Sinno%20MH%22%5BAuthor%5D>» Sinno MH et al. *Psychopathological and personality features in primary Sjögren's syndrome—associations with autoantibodies to neuropeptides.* *Rheumatology* HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525741>» HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525741>» (HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525741>» HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525741>»» HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525741>»» HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525741>»» HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525741>»» Oxford HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525741>» HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525741>»» HYPERLINK «<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525741>»»). 2010 Sep;49(9):1762-9.
13. Malinow K.L, Molina R., Gordon B. Et al. *Neuropsychiatric dysfunction in primary Sjögren's syndrome* // *Ann Intern Med.* 1985 Sep; 103(3): 344-50.
14. *Neuro-psychiatric symptom associated with primary Sjögren's syndrome* // *Ryumachi.* 1990 Apr; 30 (2): p. 109-18.
15. Wang Y., Wang S.L., Zou Y.Z. *Psychiatric and central nervous system involvement in Sjögren's syndrome* // *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2004 Mar; 39 (2): 158-60.

IV Раздел: «ВОЗРАСТ И ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ»

Голубев С.А.

**Особенности негативных расстройств при шизофрении,
манифестирующей в юношеском возрасте (по данным
катамнестического исследования)**

ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева», г. Москва

Актуальность: Проблема изучения эндогенной психической патологии, и в частности шизофрении, на протяжении многих лет не только не утрачивает своей значимости, но становится все более актуальной, так как вопросы, касающиеся этиологических предпосылок ее развития и патогенетических особенностей различных клинических форм, по сей день окончательно не разрешены. При этом дефицитарная симптоматика, как неотъемлемая часть шизофренического процесса, являющаяся наиболее показательным проявлением его альтернирующего влияния на личность и жизнедеятельность больного, традиционно вызывает живой интерес исследователей. Данный интерес прослеживается еще с момента выделения Э. Крепелином *dementia praecox* в виде отдельной нозологической формы, в качестве неотъемлемого проявления которой автор описывал постепенное нарастание оторванности от реальности, эмоциональное обеднение, снижение уровня интеллекта и ухудшение социальной адаптации. Впоследствии данные расстройства были выделены в отдельный клинический синдром, в современном понимании носящий название шизофренического дефекта. До сегодняшнего дня также существует некоторая терминологическая и феноменологическая путаница, связанная со смешением различных категориальных понятий, – это касается взаимоотношения дефекта и ремиссии, негативных и дефицитарных расстройств. Кроме того, в работах ряда исследователей производится фактическая замена определения «дефектное состояние» на понятие «негативные расстройства» (Crow T.G., 1980; Liddle P.F., 1987; Fennig S. et al., 1996; Loas G. et al., 1997; Мосолов С. Н., 2001; Смулевич А. Б., 2005). Данная трансформация неразрывно связана с выделением первичной и вторичной негативной симптоматики. Вторичная негативная симптоматика, фактически представляющая собой «надстройку» над первичным, базисным дефектом, наслаивается на исходную эндогенную симптоматику, и наиболее часто бывает вызвана неадекватностью терапевтических схем, госпитализмом, а также привходящими социальными декомпенсирующими факторами. Помимо этого, некоторые клинические черты дефекта могут быть фактически обусловлены проявлениями продуктивной психопатологической симптоматики, депрессивного фона настроения и т. д. (Carpenter W. et al., 1988).

В настоящее время у различных исследователей не вызывает сомнения тот факт, что шизофренический дефект выступает главной причиной инвалидизации больных наиболее активного, продуктивного возраста. При манифестации заболевания в юношеском возрасте, по данным Т. В. Лукьяновой (2004), отмечалось наиболее частое развитие самой тяжелой формы дефицитарных расстройств – псевдоорганического дефекта, данные паци-

енты клинически проявляли выраженную утрату основных психических функций и были наименее социально адаптированы.

Цель: Анализ характера динамики шизофренического процесса, а также степени выраженности и клинико-психопатологических особенностей негативных расстройств, формирующихся на этапе отдаленного катамнеза у пациентов, перенесших первый приступ шизофрении в юношеском возрасте.

Материал и методы исследования: Обследовано 30 больных, перенесших первый приступ шизофрении в юношеском возрасте (16–25 лет) с длительностью последующего катамнеза 20–25 лет. Все пациенты, вошедшие в выборку, находились на стационарном лечении по поводу первого психотического эпизода в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева в период с 1990 по 1994 г., после чего получали амбулаторную помощь в ПНД № 1 г. Москвы. В процессе исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, а также психометрический методы (шкалы PANSS, PSP).

Результаты: В процессе проведенного исследования было установлено, что степень выраженности и клинико-психопатологические характеристики негативных расстройств у изученных больных во многом коррелируют с характером и типом течения шизофренического процесса. Для определения особенностей и вариантов течения заболевания за период катамнеза у изученных больных использовалась дифференциация типов течения юношеских эндогенных приступообразных психозов в версии, представленной В.Г. Каледой (2008), в соответствии с которой выделяются следующие разновидности их течения: одноприступное, регрессиентное, по типу «клише», прогрессиентное, а также течение с переходом в непрерывное.

Одноприступное течение заболевания (16,6% наблюдений – 5 больных) отмечалось наиболее редко, сюда вошли пациенты, у которых имел место единственный приступ заболевания, после которого формировалась стойкая немедикаментозная ремиссия, близкая по своим характеристикам к понятию интермиссии. Процессуальные изменения личности здесь были наименее выражены. В основном отмечалось формирование некоторой ригидности установок, больные становились более формальными, несколько сужался круг их социальных контактов и увлечений, на первый план выступали эгоцентризм и педантичность; при этом в ряде случаев происходило парадоксальное улучшение качества жизни и уровня социально трудовой адаптации, так как пациенты фиксировались на узком круге проблем, связанных зачастую с выполняемой ими трудовой деятельностью, что позволяло им добиваться существенных успехов. Баллы по формализованным оценочным шкалам: PANSS (общий балл $42,1 \pm 5,6$; негативная суб-шкала $11,2 \pm 2,4$); PSP 100-71.

Регрессионное течение заболевания (13,3% наблюдений – 4 больных) характеризовалось постепенным упрощением клинической картины каждого последующего приступа с переходом психопатологических расстройств на более легкий уровень. В повторных приступах происходило увеличение удельного веса аффективных расстройств. По итогам анализа длительного катамнеза, прослеживалось отсутствие тенденции к формированию выраженных негативных расстройств. Таким пациентам была свойственна повышенная сенситивность, лабильность эмоциональных и аффективных реакций на фоне быстрой утомляемости при физических и психических нагрузках. Также отмечалось ограничение социальных контактов, эмоциональное обеднение, снижение уровня трудовой адаптации.

Кроме того, можно говорить, что у данной категории больных в процессе многолетнего катамнеза отмечалось уменьшение степени выраженности дефицитарных расстройств – во многом за счет постепенного отказа от приема поддерживающей терапии, что влекло за собой редукцию проявлений вторичной негативной симптоматики – медикаментозной загруженности, нейролептической депрессии, симптомов ЭПС и т. д. Баллы по формализованным оценочным шкалам: PANSS (общий балл $52,3 \pm 6,8$; негативная субшкала $15,2 \pm 1,4$); PSP 70-51.

При течении заболевания по типу «клише» (20% наблюдений – 6 больных) отмечалось сохранение основной психопатологической структуры повторных приступов без существенного ее видоизменения. Основные психопатологические синдромы в приступах в основном сохраняли свои характеристики. Ремиссии сохраняли свою структуру, их качество оставалось стабильным, негативные изменения личности, достигнув после 2–3 приступов определенного уровня, впоследствии не претерпевали существенного видоизменения. Дефицитарные расстройства, при этом, в основном определялись формированием неврозоподобных и психопатоподобных изменений различной степени выраженности. Больные становились менее активными, ограничивалась их потребность в общении, происходило резкое сужение круга интересов, сохранившиеся же увлечения нередко приобретали вычурный характер. Временами имело место расторможение влечений – злоупотребление психоактивными веществами, конфликтность, склонность к ауто- и гетероагрессии, подобных пациентов можно назвать «домашними тиранами», так как их притязания в первую очередь были направлены на ближайшее окружение. В любом случае отмечалась быстрая утомляемость, непереносимость интенсивных нагрузок, пассивность, что в значительной степени нарушало социально-трудовую адаптацию, если такие пациенты и продолжали работать, то занимались лишь низкоквалифицированным тру-

дом. Баллы по формализованным оценочным шкалам: PANSS (общий балл $64,4 \pm 7,2$; негативная суб-шкала $18,7 \pm 2,3$); PSP 50-41.

Прогрессирующее течение заболевания (33,3% наблюдений – 10 больных) характеризовалось постепенным усложнением картины психопатологических расстройств с переходом к более тяжелым регистрам, учащением и удлинением повторных приступов. В остром периоде часто отмечались выраженные галлюцинаторно-бредовые и кататонические расстройства. Формирующиеся ремиссии имели более низкое качество, зачастую в их картине сохранялись резидуальные галлюцинаторно-бредовые расстройства, нарастали дефицитарные изменения личности, была свойственна выраженная социальная, трудовая и учебная дезадаптация больных. Для подобных пациентов характерны были выраженные черты эмоционально-волевой нивелировки с явлениями психэстетической пропорции, резкое нарушение мотивационного компонента деятельности, безразличие к происходящему вокруг, сглаживание аффективных реакций. На этапе длительного катамнеза нередко происходило формирование дефекта личности по псевдоорганическому типу, отмечалась редукция энергетического потенциала. Баллы по формализованным оценочным шкалам: PANSS (общий балл $78,7 \pm 7,5$; негативная суб-шкала $22,8 \pm 3,2$); PSP 40-21.

Непрерывное течение (16,6% наблюдений – 5 больных) заболевание после манифестного приступа имело хотя бы одну четко очерченную ремиссию продолжительностью не менее 6 месяцев, иногда с сохранением ряда рудиментарных продуктивных психопатологических расстройств, после чего один из последующих приступов приобретал затяжной характер, формирования полноценной ремиссии не происходило, эпизоды относительной редукции болезненных проявлений характеризовались как «медикаментозное улучшение». Продуктивная симптоматика приобретала стойкий, торпидный характер, в периоды улучшений пациенты относились к ней с частичной критикой. Быстро нарастали выраженные черты дефекта личности и признаки стойкой социально-трудовой дезадаптации больных. Баллы по формализованным оценочным шкалам: PANSS (общий балл $93,3 \pm 6,4$; негативная суб-шкала $26,2 \pm 2,4$); PSP 20-0.

Выводы: Таким образом, в проведенном исследовании была подтверждена отчетливая связь между типом течения заболевания и степенью выраженности негативных расстройств; при этом чем большая степень прогрессирующей была характерна для динамики шизофренического процесса в каждом конкретном случае, тем более выраженными были дефицитарные расстройства, происходило их смещение от психопатоподобного или астенического к псевдоорганическому полюсу.

Горбацевич Ю.Н., Счастный Е.Д.

Психические расстройства у подростков в системе начального профессионального образования

ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск

Актуальность проблемы и введение: К проблеме психического здоровья подростков приковано внимание многих исследователей, что обусловлено социальной значимостью и остротой проблемы. Именно в подростковом возрасте происходит развитие конституционально обусловленных или приобретенных в раннем онтогенезе аномалий.

Социальная значимость и актуальность проблемы психического здоровья подростков определяет интерес к ней широкого круга исследователей (Семке В.Я., 1994; Личко А.Е., 1997; Рыбалко М.И., 1998; Дмитриева Т.Б., 1999; Миронов Н.Е. 1999; Дроздовский Ю.В., 2002). Показано, что последние годы характеризуются ухудшением психического здоровья подростков, в частности ростом пограничных психических расстройств и девиантного поведения. Увеличивается количество лиц призывного возраста, освобожденных от военной службы в связи с пограничными психическими расстройствами (Глушко Т.В., 2007). На сегодняшний день Россия является одной из наиболее неблагоприятных стран мира по частоте детских и подростковых суицидов. Крайне неблагоприятная ситуация отмечается в Уральском, Дальневосточном и Сибирском округах (Гуткевич Е.В., 2001; Счастный Е.Д., 2010).

Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте является одной из актуальных проблем современной психиатрии и психологии. Его распространенность в различных регионах колеблется в зависимости от многообразных биопсихосоциальных факторов. Подростковый возраст имеет отличительные особенности клинико-психопатологических и клинико-динамических проявлений суицидального поведения. Это, прежде всего, относится к атипичным проявлениям психопатологических синдромов, что в ряде случаев затрудняет диагностику состояния подростка.

Депрессивные состояния часто оказываются своевременно не распознанными, так, по данным М.Г. Усова (1997), почти одна пятая часть подростков с депрессией совершают суицидальные попытки на догоспитальном этапе. Суицидальное поведение нередко служит первым признаком, который привлекает внимание к психическому состоянию подростка (Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., 1988).

Материал и методы: На базе ПЛММ (профессионального лицея «Молодежная Мода») № 13 нами проведено сплошное скрининговое обследование учащихся 1–2 курса (290 чел.) на выявление тревожно-депрессивных рас-

стройств при помощи самоопросников (шкала депрессии Бека, шкала самооценки тревоги Шихана). Половозрастная структура представлена следующим образом: женщины составили 279 чел., мужчины 11 чел.; учащиеся 15–18 лет – 212 чел., 19–21 год – 78 чел. Преобладание девочек объясняется профилем ПЛММ № 13 – подготовка специалистов по профессии портной, закройщик, художник по костюму, а подобные профессии традиционно чаще выбирают девочки. Преобладает возраст 15–18 лет, так как дети продолжают учебу в лицее сразу по окончании 9–11 классов. В случае выявления высоких баллов по самоопросникам учащийся приглашался на консультативный прием. Всего психиатром проконсультировано 102 чел. В обследовании студентов использовались шкалы Спилбергера-Ханина, Басса-Дарки, ПДО.

Результаты: Средний возраст обследованных составляет $17,23 \pm 0,14$, из них 98 девушек, 4 юноши. В связи с малым количеством юношей, считаем нецелесообразным выделять их в отдельную группу и предоставить данные на общее число обследованных.

Большинство подростков 45,1% воспитывалось в полных семьях, 9,8% составляют подростки-сироты, бывшие воспитанники детских домов. Все подростки – девочки. Психологические особенности данного контингента требуют особых индивидуальных психотерапевтических подходов.

Учащиеся профессионально-технических учебных заведений воспитывались по типу гипоопеки – 28,20%, безнадзорности – 14,10% и семейных скандалов – 14,10%. Подростки расценивали отношение своих родителей к себе как недостаточное, а отсутствие внимания, заботы способствовало тому, что подростки оказывались предоставленные самим себе. Необходимо отметить, что у подростков в 13,9% случаев в семье преобладала неблагоприятная обстановка в виде алкоголизации родителей — 9,73% и семейных скандалов — 4,17%. В большинстве случаев имеется наследственная отягощенность по аддиктивной патологии (алкогольная 35% и наркотическая зависимость 46%) несмотря на то, что большинство детей из полных семей, тем не менее семьи являются «неблагополучными», т. е. родители или сибсы имеют аддиктивную патологию.

Успеваемость была выше у большинства учащихся по профессиональным дисциплинам, чем по общеобразовательным. Это объясняется тем, что многие учащиеся уже имели в школе проблемы с успеваемостью, и зачастую они уходят из школы в надежде, что не будут больше учить нелюбимые предметы, хотя все обследуемые соглашались, что в лицее учиться гораздо легче. А профессию многие учащиеся выбирают сознательно и поэтому с удовольствием работают на практических занятиях.

У большинства учащихся 79,4% преобладает легкий, субсиндромальный уровень депрессивных расстройств по результатам шкалы самооценки депрессии

Бека, что не мешает их социальной адаптации и учебе. С респондентами, у которых были выявлены нарушения, проводилась психокоррекционная работа, в особых случаях они направлялись на обследование и лечение в клиники НИИПЗ.

Клинически выраженная тревога выявлена у 18,6%, с ними проводились реабилитационные и психокоррекционные мероприятия. Изучая показатели агрессивности по шкале Баса-Дарки, видно, что преобладает косвенная агрессия и раздражение (26,47% и 25,50% соответственно), наряду с достаточно высоким показателем физической агрессии (17,65%). В структуре психопатологических расстройств преобладают акцентуации характера (44,12%) и расстройства личности (30,4%).

Проведенное исследование свидетельствует о достоверном преобладании истерических и эпилептоидных черт в структуре личностных расстройств, и лабильных черт в структуре акцентуаций характера ($p < 0,05$). Основными причинами декомпенсации психических расстройств являются следующие: конфликты с учителями, родителями, сверстниками, обострение соматической патологии, дезадаптация в новом коллективе, социальное расслоение (И.Е. Куприянова, 2004).

Из обследованных учащихся нуждались в стационарной помощи и прошли лечение в клинике 21 человек, по следующим нозологиям: с пролонгированной депрессивной реакцией; смешанным тревожно-депрессивным расстройством; неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип; нервная анорексия; впервые выявленная шизофрения.

Обсуждение и выводы: Мы старались донести важность стационарного обследования и лечения до пациентов, но не всегда это удавалось. Часто мы сталкивались с незаинтересованностью в собственном здоровье и отсутствием мотивации не только у учащихся, но и у их родителей.

Способствуют совершению самоубийства нетипичность депрессивных состояний, проявление их в делинквентном поведении, что затрудняет их распознавание; отсутствие «антисуицидального барьера»; повышенная чувствительность детского организма к вредным факторам (ядам, асфиксии и пр.), а также склонность «подражать» без достаточной критики.

Защищают детей от суицидных действий следующие факторы: редкость выраженных депрессивных состояний; редкость психологической изоляции, одиночества, окружение заботами взрослых; незрелость самосознания, понятия о смерти.

После выписки все пациенты вернулись к учебе в ПЛММ № 13 и регулярно наблюдались в кабинете специализированной психолого-психотерапевтической помощи.

Для всей группы обследованных подростков разработана программа «Саморазвитие и самоактуализация личности с акцентом на эмоциональ-

ную сферу», занятия по которой проводились совместно с психологической службой ПЛММ № 13. В психотерапевтических группах участвовали не только члены фокус-группы, но и другие учащиеся по желанию. Длительность регулярных курсов составляла 15 занятий по 2 часа. В результате проведенного психотерапевтического курса участники группы научились понимать свое эмоциональное состояние, контролировать проявление эмоций и поведения, что способствовало улучшению межличностных отношений с сокурсниками, преподавателями, родителями, что, в свою очередь, облегчало социальную адаптацию.

Разработана и внедрена образовательная программа для преподавателей, воспитателей и мастеров производственного обучения ПЛММ № 13, направленная на понимание особенностей развития подростков, различного характера реагирования на различные ситуации, связанные с психоэмоциональным перенапряжением и физическими нагрузками, а также проявления психопатологических процессов и обучение установления адекватных контактов между преподавателями и учащимися. Как показывает собственный опыт, данные программы облегчают адаптацию и социализацию подростков, особенно имеющих психопатологические или личностные нарушения.

Громова Н.С.

**Обзор пациентов с галлюцинаторными психозами
позднего возраста, госпитализированных в ПКБ № 1
им. Н.А. Алексеева с 2011 по 2013 г.**

ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы

Старение населения – одна из доминирующих тенденций XXI века. Оно имеет важные и далеко идущие последствия для всех сторон жизни общества. Если сейчас каждому девятому человеку в мире 60 лет или больше, то к 2050 году, согласно прогнозам ООН, таким будет уже каждый пятый человек. Пожилое население стареет еще и само по себе. По сути, самая быстро растущая возрастная группа в мире является и «самой старой среди старых» – те, кому за 80. В настоящее время эта группа ежегодно прирастает на 3,8 процента и составляет 12 процентов от общего количества пожилых людей. К середине столетия пятая часть пожилых людей будет в возрасте от 80 лет и старше [1]. В нашей стране также наблюдается процесс старения населения. Согласно международным критериям, население считается

старым, если доля в нем людей в возрасте 65 лет и более превышает 7%. В начале 2010 г., по данным Росстата, почти каждый восьмой россиянин, то есть 12,9% жителей страны, находился в возрасте 65 лет и более. В перспективе масштабы старения населения России приобретут еще больший характер. Так, согласно официальному демографическому прогнозу в 2030 г. доля населения в возрасте 65 лет и более возрастет до 18% (по наиболее оптимистическому варианту роста общей численности жителей России) и до 19,4% (при пессимистическом варианте) [2]. В 2006 году доля москвичей в возрасте старше трудоспособного составляла 18,4%, в 2011 году – 23,5%, что в свою очередь свидетельствует о продолжающемся старении популяции Москвы [3, 4, 5]. Учитывая факт увеличения средней продолжительности жизни, роста доли пожилых и престарелых в общем населении, нельзя не отметить увеличение психических расстройств позднего возраста, а также их удельного веса по отношению к общему числу психически больных всех возрастных групп. Психотическая симптоматика – нередкое явление среди пожилых людей, и показатели распространенности в популяционных выборках колеблются от 0,2 до 4,7% [6]. По данным публикаций, в домах престарелых показатели распространенности колеблются от 10 до 63% [7]. В трехлетнем катамнестическом исследовании психопатологических симптомов в популяционной выборке лиц престарелого возраста (старше 85 лет) без деменции Ostling и Skoog (2002) [8] приводят показатель распространенности 7,1–13,7%. Хотя феноменология различных галлюцинаторных психозов, развивающихся впервые у пожилых и стариков более тщательно описана в классической литературе (Жислин С.Г., 1956; Рахальский Ю.Е., 1957; Штернберг Э.Я., 1971, 1977). Однако существуют серьезные разногласия по поводу их нозологической принадлежности, исходов, взаимоотношения с нейродегенеративными, эндогенными и экзогенно-органическими заболеваниями позднего возраста. В настоящее же время, в связи с появлением новых, более точных методов диагностики (МРТ, КТ), новых поколений лекарственных препаратов, возможности в изучении как психопатологической, так и нозологической структуры данной группы психозов, значительно возросли.

Целью научного исследования является изучение особенностей психопатологической структуры галлюцинозов пожилого возраста, их нозологической принадлежности.

Материалы и методы: За прошедший период (2011–2013 гг.) набрана для последующего проспективного наблюдения когорта из 50 пациентов в возрасте 60 лет и старше (медиана возраста составила 79,5 года) с впервые развившимися в позднем возрасте галлюцинаторными психозами (вербальные, зрительные, тактильные, сочетанные), что составило 5,1% от общего

числа пациентов (n=981), поступивших в 27 отделение ПКБ № 1 им. Н.А. Алексева за указанный период. Для исследования данной когорты пациентов использовались следующие методы – клинико-психопатологический, психометрический (шкалы: MMSE, Hachinsky, Hamilton, NPI), нейровизуализационный (МРТ, КТ), клинико-катамнестический, статистический. Работа проводилась на базе геронтологического отделения № 27 ПКБ № 1 им. Н.А. Алексева.

Результаты: По демографическим параметрам когорты обследованных больных распределилась следующим образом: 50% пациентов были в возрасте 80 лет и старше, 44% – в возрасте от 70 до 79 лет и 6% пациентов были в возрасте 60–69 лет.

Группа обследованных пациентов оказалась неоднородной как по синдромальным, так и по нозологическим характеристикам. По синдромальной структуре галлюцинаторного психоза больные распределились следующим образом: истинный вербальный галлюциноз – 28 больных (что составило 56% от общего числа больных), истинный зрительный галлюциноз – 12 человек (24%), из них 4 пациента – с галлюцинозом Шарля Боне (8%), сочетанный истинный вербальный и зрительный галлюциноз – у 7 больных (14%), тактильный галлюциноз – у 2 больных (4%) и у 1 больной (2%) – галлюцинаторно-бредовый психоз с псевдогаллюцинаторными расстройствами. У большинства пациентов (70%) галлюцинаторная симптоматика сопровождалась бредом (74% бредовые идеи ущерба, 6% – заражения, 11% – отравления, 9% – преследования), при этом в 83% случаев бредовая симптоматика была связана с галлюцинозом.

В зависимости от нозологической принадлежности больные распределились следующим образом:

- сенильная деменция Альцгеймеровского типа – 4 больных (8%) – МР-картина у данных пациентов была представлена диффузной церебральной атрофией (расширение субарахноидальных пространств полушарий за счет корковой атрофии, увеличение желудочков головного мозга);
- сосудистая деменция – 9 больных (18%); – МР-картина характеризовалась распространенным перивентрикулярным лейкоарезом, и/или множественными глиозными очагами в подкорковом сером веществе при умеренном поражении белого вещества;
- сочетанная сосудисто-альцгеймеровская деменция – 23 пациента (46%), МР-картина была представлена сочетанием церебральной атрофии и признаков артериосклеротической энцефалопатии;
- 2 пациента с деменцией при болезни Паркинсона (4%), МР-картина не имела каких-либо специфических признаков, диагноз ставился на

основании клинической картины (а именно развитие деменции после двигательных нарушений) и была представлена внутренней три-вентрикулярной неокклюзионной гидроцефалией, наружной заместительной гидроцефалией;

- 12 пациентов (24%) с признаками начальной или нерезко выраженной сосудистой, нейродегенеративной и/или сосудисто-нейродегенеративной патологии по данным МРТ/КТ исследования без интеллектуально-мнестического снижения, либо с очень легким когнитивным снижением в клинической картине (средний балл по шкале MMSE = 20 баллов).

У подавляющего большинства больных галлюциноз возникал на фоне деменции различной тяжести и этиологии (38 больных, что составило 76% от общего числа больных). Только у 12 человек (24%) не установлено клинических признаков деменции, хотя имели место характерные изменения для дисциркуляторной энцефалопатии, а также расширения ликворосодержащих пространств по данным МРТ/КТ исследования головного мозга. Распределение больных с различными галлюцинозами не имело сколько-нибудь очевидной предпочтительности по отношению к нозологической принадлежности психоза.

Выводы: Таким образом, можно говорить о синдромальной и нозологической неоднородности галлюцинаторных психозов позднего возраста, а также об ассоциации таких психических расстройств со старческим возрастом и наличием признаков нейродегенеративного, сосудистого или сочетанного (сосудисто-альцгеймеровского) поражения головного мозга. По частоте встречаемости в общем контингенте пожилых больных отмечено явное преобладание истинных галлюцинозов, преимущественно вербальных, в большинстве случаев сопровождающихся бредовой симптоматикой, соответствующей содержанию галлюцинаторных расстройств.

Список литературы:

1. Доклад Генерального секретаря ООН «Последующая деятельность по итогам второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения». – 2012. С. 8–9.
2. Гонтмахер Е. Проблема старения населения в России // *Мировая экономика и международные отношения*. – 2012. № 1. С. 22.
3. Бахчиева О. Демографическая ситуация в Москве // *Мы россияне*. – 2012. № 2. С. 20–26.
4. Гаврилова С.И. Клинико-эпидемиологическое исследование психического состояния группы лиц позднего возраста из общего населения / С. Гаврилова // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1981. -. 83. 9. -. 1338–1345.

5. Гаврилова С.И. Психические расстройства в населении пожилого и старческого возраста (клинико-статистическое и клинико-эпидемиологическое исследование): Дисс. докт. мед. наук / Москва. 1984.
6. Targum, S. D. & Abbott, J. L. (1999) *Psychosis in the elderly: a spectrum of disorders. Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (suppl. 8), 4–10.
7. Zayas, E. M. & Grossberg, G. T. (1998) *The treatment of psychosis in late life. Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl. 1), 5–12.
8. Ostling, S. & Skoog, I. (2002) *Psychotic symptoms and paranoid ideation in a non-demented population-based sample of the very old. Archives of General Psychiatry*, 59, 53–59.

Гусманова З.К.

Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации больных детско-подросткового возраста с синдромом нервной анорексии

ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗМ, Москва

В последнее десятилетие все больший резонанс приобретают вопросы sizezerodebate. По официальным данным, анорексия занимает третье место среди самых распространенных хронических заболеваний среди подростков. Согласно данным социологических опросов, 50% девушек в возрасте от 13 до 15 лет считают, что у них есть лишний вес, а 80% тринадцатилетних девочек уже хотя бы раз сидели на диете или пытались сбросить вес другими способами.

Учитывая социальную значимость проблемы в связи с ростом данной патологии в последнее десятилетие, увеличением заболеваемости среди детей и подростков, несвоевременностью обращения к специалистам и, как следствие этого, утяжелением симптоматики, трудностями диагностики и лечения в связи с низким комплаенсом больных, склонностью их к диссимуляции и отсутствием критики к своему состоянию, настоящее исследование представляется актуальным для решения вопросов совершенствования профилактических мер, методов диагностики, лечения и реабилитации лиц с нарушениями пищевого поведения.

Целью исследования является изучение предикторов нарушения пищевого поведения у больных детского и подросткового возраста с синдромом нервной анорексии, изучение влияния преморбидных особенностей, иссле-

дование нутритивного статуса и пищевого анамнеза, разработка основных дифференциально-диагностических критериев оценки тяжести состояния и соответствующих способов коррекции имеющихся нарушений с проведением дальнейшей психосоциальной реабилитации.

Материалы исследования: В настоящее исследование вошли результаты клинично-динамического изучения 26 пациентов женского пола с синдромом нервной анорексии в возрасте от 7 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в НПЦ психического здоровья детей и подростков с 2010 по 2012 г., а также катамнестических данных на протяжении 3 лет.

Критерии включения больных в настоящее исследование: недовольство собственной внешностью, болезненная убежденность в наличии лишнего веса; нарушение пищевого поведения в виде ограничения приема пищи, снижения калоража съедаемой пищи, приема анорексигенных препаратов (слабительных, диуретиков), провоцирования рвоты после еды; чередование отказа от еды с перееданием; преднамеренное снижение веса (ИМТ ниже 18), сопровождающееся вторичными соматоэндокринными нарушениями с формированием аменореи.

Методы исследования: Клинично-психопатологический, катамнестический и методы статистической обработки данных.

Результаты исследования: Среди обследованных в 27% случаев выявлена наследственная отягощенность по психическим заболеваниям, почти в 80% семей мать контролирует собственный вес, занимая соответствующую активную позицию в отношении дочери. Явления перинатальной патологии прослеживаются у 77% обследованных. Замечено, что в 90% случаев девочки родились с недостаточной массой тела и в дальнейшем находились на смешанном или искусственном вскармливании. Вероятно, это повлияло на формировании конституциональных особенностей в препубертатном периоде – к этому возрасту у 73% пациенток отмечался излишний вес. Данные особенности преморбидного соматоэндокринного состояния (тенденция к ускоренному половому созреванию, склонность к полноте) является для больных дополнительным стойким психогенным фактором. Почти в 100% случаев в преморбиде у больных наряду с преобладанием тревожных и истерических черт характера отмечались такие особенности, как эгоцентризм, завышенный уровень притязаний, настойчивость в достижении собственных целей. У 90% больных выявляются психогенно обусловленные провоцирующие факторы (насмешки сверстников, замечания родителей и окружающих).

С целью превенции вторичных соматоэндокринных осложнений, разработки основных дифференциально-диагностических критериев оценки тяжести состояния и соответствующих способов коррекции имеющихся

нарушений необходимо оценить следующие аспекты пищевого анамнеза: сроки изменения привычного пищевого поведения, скорость потери массы тела, наличие эпизодов переедания, провоцирование у себя рвоты, злоупотребление слабительными и диуретическими средствами, функционирование органов желудочно-кишечного тракта, гидратация, ограничение ассортимента потребляемых продуктов, употребление алкоголя, прием витаминов и биологически активных добавок. Пациенты, вошедшие в данное исследование, обратились к врачу, когда временной период от начала заболевания составлял от 3 месяцев до 3 лет 8 месяцев. Это связано с отрицательным отношением родителей к психиатрическим стационарам, недостаточной критичностью, а также тщательной диссимуляцией самих больных, что, в свою очередь, нередко приводит к диагностическим ошибкам, в результате чего больные в течение долгого времени наблюдаются врачами других специальностей, не получают адекватного лечения, что приводит к еще большей потере массы тела, усугублению вторичных соматоэндокринных нарушений.

В исследуемой группе пациентов в 23% случаев наблюдался дефицит массы тела (ИМТ 16–18), а в 77% случаев – выраженный дефицит (ИМТ < 16). Потеря массы тела у 23% пациенток составила меньше 10 кг, у 41% – от 10 до 20 кг, а в 36% случаев потеря массы составила более 20 кг. При оценке нутритивного статуса стало известно, что 68% пациенток отказались от употребления мяса, а еще 41% – от употребления в пищу молочных продуктов. Соматический анамнез при этом был отягощен провоцированием рвоты в 45% случаев, приемом слабительных и диуретических средств в 18% случаев, наличием отеков у 14% пациенток, применением физических нагрузок в 73%. При этом у всех обследованных была выявлена патология ЖКТ, нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы, нейрогуморальные нарушения.

Проводимая диетотерапия была направлена на прекращение потери веса у пациенток и постепенное регулирование пищевого поведения. С этой целью соблюдалось рациональное соотношение пищевого потребления и энергетических затрат. Порции постепенно увеличивались по объему и калорийности, начиная с 200 ккал в день. Назначалась диета 1200–1500 ккал в день и постепенно (в течение 1–2 недель) увеличивалась до 2 500 ккал. Дальнейшее увеличение соответствовало прибавке массы тела пациенток и их энергетическим затратам. За месяц прибавка в весе у 63% пациенток составляла от 1 до 3 кг, у 37% – от 3 до 5 кг.

С момента поступления в стационар с пациентами еще на этапе обследования проводилась психотерапия. Целями последней были коррекция представлений пациенток об идеальном весе, формирование навыков ра-

ционального питания и методов поддержания желаемого веса, осознание пациентками роли эмоционально-личностных проблем в генезе нарушений пищевого поведения.

Целью фармакотерапии являлась коррекция соматоэндокринных нарушений с одновременным применением психотропных препаратов (постепенно наращивались дозы нейрорептиков, по показаниям добавлялись транквилизаторы и антидепрессанты). Проводимое комплексное лечение было безопасным и эффективным даже в небольших дозировках. Продолжительность курса лечения зависела от состояния больной и составляла в 59% случаев 2 месяца, в 27% – 1 месяц, в 14% – 3 месяца.

Выводы:

1. Результаты проведенного исследования указывают на высокий уровень риска развития синдрома нервной анорексии у лиц женского пола в препубертатном и пубертатном возрастных периодах.
2. В формировании данной патологии несомненна роль преморбидных особенностей (как характерологических, так и соматоэндокринных), микросредовых влияний, психогенных и соматических факторов. Почти в 100% случаев в преморбиде у больных преобладают тревожные и истерические черты характера, у 73% обследованных выявлены склонность к полноте, тенденция к ускоренному половому созреванию.
3. Анализ пищевого анамнеза обследуемых показал, что все пациентки, госпитализированные в НПЦ ПЗДП, обратились за помощью на поздних сроках заболевания (у 77% больных – выраженный дефицит массы тела с ИМТ < 16). Потеря массы тела в 41% случаев составила от 10 до 20 кг, а в 36% – более 20 кг.
4. Соматический статус былотягощенпровоцированием рвоты в 45% случаев, приемом слабительных и диуретических средств в 18% случаев, наличием отеков у 14% пациенток, применением физических нагрузок в 73%.
5. При оценке нутритивного статуса стало известно, что 68% пациенток отказались от употребления мяса, а еще 41% – от употребления в пищу молочных продуктов, что свидетельствует о наличии выраженной белково-энергетической недостаточности.
7. Продолжительность курса лечения (с назначением медикаментозной терапии и психотерапии) зависела от состояния больной и составляла в 59% случаев 2 месяца, в 27% – 1 месяц, в 14% – 3 месяца.
8. Катамнестическое наблюдение больных в течение 3 лет показало хорошую социальную адаптацию и нормализацию соматического и нутритивного статуса на фоне приема поддерживающей терапии у,

примерно, половины больных. Около четверти имеют промежуточные результаты, и в этой группе высок риск рецидива. Оставшаяся четверть пациенток имеет плохой прогноз, в том числе рецидивов и стойких соматических и психических осложнений.

Гусманова З.К., Гусманов Р.М.

Клинико-статистические аспекты суицидального поведения у детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар

ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗМ, Москва

В настоящее время вопросы профилактики и борьбы с суицидальным и парасуицидальным поведением становятся одной из наиболее актуальных проблем современности. Учитывая социальную значимость и необходимость совершенствования профилактических мер, в настоящем исследовании была изучена суицидологическая обстановка среди детей и подростков, с целью дальнейшей разработки дифференцированных программ превенции суицидального поведения рассмотрены основные факторы, играющие ведущую роль в генезе суицидального поведения.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-статистических характеристик больных детского и подросткового возраста, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с суицидальным поведением, выявление возрастных особенностей и закономерностей при распределении больных с учетом нозологии и преобладающего синдрома, выделение особенностей мотивации и формы суицидальных проявлений, анализ факторов, влияющих на генез суицидального поведения

Материал исследования составила сплошная выборка пациентов с суицидальным поведением, поступивших в острое отделение для мальчиков и подростков ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗ г. Москвы с 2011 по 2013 г. Критерием включения при формировании изученной выборки являлось наличие в клинической картине различных сочетаний следующих форм суицидального поведения: суицидальных мыслей, высказываний, демонстративных суицидальных действий и суицидальных попыток. Из 626 пациентов мужского пола в возрасте от 12 до 17 лет, госпитализированных в отделение, 103 (16,5%) были госпитализированы в связи с суицидальным поведением,

из которых 18,5% госпитализированы с повторным суицидальным поведением. Подавляющее число пациентов были детьми в возрасте до 15 лет (79,6%). Пациенты подросткового возраста составили 20,4%.

Анализ данных, приведенных в настоящем исследовании, позволяет говорить о суицидальном поведении как о многофакторном явлении, в генезе которого играют роль биологические, клинические, индивидуально-личностные и социально-средовые факторы.

Биологические факторы. Среди всех поступивших отмечалась значительная наследственная отягощенность: в группе детей – 47,6%, в группе подростков – 52,4%, которая была представлена алкогольной зависимостью, личностными аномалиями, аффективными расстройствами и шизофренией. У 4,9% детей и у 4,8% подростков отмечалось наследственное отягощение по суицидальному поведению. Неблагоприятные перинатальные факторы были достаточно высоки в обеих возрастных группах: в группе детского возраста до 78,1%, у подростков – до 71,4%.

Клинические факторы. Среди госпитализированных детей преобладающим диагнозом являлось органическое расстройство ЦНС (29,3%), затем шизофрения (23,2%), социализированное расстройство поведения (18,3%), умственная отсталость (14,6%), аффективное расстройство (8,5%). У госпитализированных подростков наиболее частыми диагнозами после шизофрении (42,5%) были: умственная отсталость и органическое расстройство ЦНС (по 14,3%), социализированное расстройство поведения (9,5%), формирующаяся психопатия (9,5%), аффективное расстройство и расстройство адаптации (по 3,3%). Вне зависимости от нозологической принадлежности пациентов в возрастной группе детского возраста, поступивших на лечение, синдромологически они распределились следующим образом: психопатоподобный синдром (68,3%), депрессивный синдром (18,3%), неврозоподобный и аффективно-параноидный синдромы (по 4,9%), галлюцинозоподобный-параноидный синдром (3,6%). Среди госпитализированных подростков – психопатоподобный синдром диагностирован в 52,4% случаев, депрессивный синдром – в 33,3%, галлюцинозоподобный-параноидный – в 9,5% и неврозоподобный – в 4,8% случаев. В целом статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами не выявлена. Тем не менее для некоторых патологических состояний и расстройств, например для острого психотического состояния и для депрессии, суицидальный риск выше.

Социально-средовые факторы. В обеих возрастных группах достаточно широко было представлено девиантное поведение. В группе детского возраста в четверти случаев (25,6%) выявлялись уходы из дома (бродяжничество), в 20,7% были приводы в полицию, на учете в отделе по делам несовер-

шеннолетних состояли 12,2% детей. У поступивших подростков отмечается увеличение процента поведенческих девиаций: уходы (бродяжничество) – 38,1%, приводы в полицию – 33,3%, состоящие на учете по делам несовершеннолетних – 33,3%.

Шантажное суицидальное поведение преобладало в обеих возрастных группах (в детском возрасте – 80,5%, в группе подростков – 52,4%), в то же время если в первой группе истинное суицидальное поведение было представлено примерно в четверти случаев (19,5%), то во второй – достигало почти половины (47,6%). Это свидетельствует о том, что суицидальные действия детей и подростков чаще направлены не против своей личности, а против окружения, против ситуации, сложившейся в определенной социальной группе, т. е. речь идет о применении суицидальной техники для достижения цели. В возрастной группе детского возраста преобладающей формой суицидальных проявлений (включающей как суицидальные угрозы, так и попытки) было падение с высоты (61%), достаточно часто встречались угрозы и реально предпринимаемые действия, связанные с порезами вен (19,5%). В группе подросткового возраста распределение по формам суицидальных проявлений носило относительно равномерный характер, с некоторым преобладанием порезов вен (38,1%), падение с высоты и отравление выявлялись в одинаковом проценте случаев (по 28,6%).

Выводы: Обнаруженные в ходе проведенного исследования результаты указывают на высокий уровень суицидального поведения среди детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар.

Выявлены основные факторы, играющие ведущую роль в генезе суицидального поведения (биологические, клинические, индивидуально-личностные, социально-средовые).

Не выявлена статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами. Среди поступивших пациентов группы детского возраста отмечалось некоторое преобладание органического расстройства ЦНС, а в группе подростков – шизофрении. В постановке синдромологического диагноза в обеих возрастных группах преобладал психопатоподобный синдром, отмечалось некоторое увеличение встречаемости депрессивного синдрома в группе подростков.

Шантажное суицидальное поведение преобладало в обеих возрастных группах, в группе подростков истинная мотивация суицидальных тенденций выявлялась почти в половине случаев, что свидетельствует о более высоком уровне применения суицидальной техники для достижения собственной цели, а не против личности.

Преобладающей формой суицидальных проявлений в группе детского возраста было падение с высоты, в группе подросткового возраста распределение

по форме суицидальных проявлений носило практически равномерный характер, и было представлено порезами вен, падением с высоты и отравлением.

Кананович П.С.

Феномен ангедонии в структуре эндогенных расстройств юношеского возраста

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Актуальность: Ангедония как самостоятельный феномен для обозначения утраты способности получения удовольствия был введен Т. Рибо в конце 19-го века [1896]. В дальнейшем к использованию феномена прибегают с очевидным постоянством, начиная с работ Е. Крепелина [1913] и Э. Блейера [1911] до настоящего времени. Помимо традиционного определения ангедонии в структуре негативных расстройств как одного из симптомов шизофрении, общепринято, что она является синдромообразующим признаком при формировании депрессивных расстройств [4–5]. Возобновление в конце 20-го века интереса к изучению ангедонии как самостоятельного феномена и выведение его в этом качестве в ряде исследований объясняется попыткой исследователей обозначить его роль и обосновать разграничение в рамках различных синдромологических состояний с учетом дименсионального подхода. По мнению ряда исследователей ангедония является устойчивым симптомом и участвует как в формировании психопатологической картины продромальных и инициальных периодов, так и этапа ремиссии при шизофрении [6, 7]. Существует позиция понимания ангедонии как факультативного признака, «почвы, конституциональной предрасположенности» эндогенного заболевания, что позволяло трактовать ее как фактор предикации риска развития психоза или эндогенной депрессии [8–13]. На современном этапе ангедонию принято чаще рассматривать в структуре негативных расстройств, что находит свое отражение в их разделении, предложенном Andreasen [14] и Carpenter [15] в рамках SANS (аффективное уплощение, алогия, ангедония – асоциальность, апатия и нарушение внимания). В этой связи остаются актуальными вопросы синдромальной специфичности ангедонии в структуре депрессии и при расстройствах шизофренического спектра, поиска дифференциально-диагностического критерия разграничения негативных симптомов от депрессивных, а также ряд аспектов психопатологических и патокинетических закономерностей феномена и соучастия личностных особенностей при его становлении.

Целью настоящей работы является проверка гипотезы о существовании психопатологических отличий при определении феномена ангедонии в структуре аффективных и негативных расстройств.

Для решения цели были сформулированы следующие задачи:

- На основании детального клинико-психопатологического описания ангедонии проведение сравнения при разных синдромальных состояниях
- Выявление особенностей взаимосвязи и динамики с иными психопатологическими симптомами и синдромами
- Определение возможных корреляций с нозологической формой

Материалы и методы: Для решения задач исследования было предпринято предварительное исследование пациентов юношеского возраста, госпитализированных в клинику НЦПЗ РАМН, отделение эндогенных психических расстройств и аффективной патологии, за 3-месячный период. Критерием включения стал установленный диагноз эндогенного психического расстройства. Обследование проводилось на непсихотическом этапе.

Всего было обследовано 14 больных (в возрасте 17–23 года, средний возраст 19,1); 8 (57,1%) из которых перенесли манифестный или повторный приступ юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП) (по МКБ-10 F20.01, F20.02, F25.0, F25.1) и 6 (42,9%) депрессивное состояние в рамках рекуррентного депрессивного или биполярного аффективного расстройства (F33, F31). Использован клинико-психопатологический метод обследования.

Результаты: Проведенное исследование показало определенные сходства и различия в группах. Оценка ангедонии проводилась с учетом следующих параметров: выраженность социальной и физической ангедонии, тотальность и стабильность феномена на протяжении состояния, субъективное отношение к расстройству, искажение чувства удовольствия. Несмотря на общую схожесть проявлений ангедонии как нарушения восприятия удовольствия, пациенты описываемых групп отличались по психопатологической конструкции феномена, динамики и соучастия с иной психопатологической симптоматикой.

В группе пациентов, перенесших приступ и наблюдавшихся на этапе формирования терапевтической ремиссии (8 пациентов), в 5 случаях феномен ангедонии выявлялся в рамках негативной симптоматики без отчетливого участия аффективных расстройств и у 3 на фоне постпсихотической депрессии.

В первой подгруппе было установлено, что по мере редукции продуктивной психопатологической симптоматики на первый план выходили эмоциональная нивелировка, отсутствие реальных интересов и планов, астениза-

ция. Выявляемая на этом фоне ангедония характеризовалась определенной статичностью, обнаруживая отчетливое уплощение как физического, так и социального ее компонентов, без эмоционального отклика на утрату удовольствия, констатировалась пациентами только при активном расспросе и не высказывая сожаления. Ангедония у этой группы больных оказалась персистирующим феноменом и выявлялась в континууме от продромального этапа, по мере редукции продуктивной симптоматики на этапе формирования ремиссии приобретая характер унитарного явления в рамках негативных расстройств.

Для второй подгруппы ангедония выявлялась в структуре депрессивных состояний в рамках становления ремиссии. Для них был более характерен парциальный вариант ангедонии с преобладанием физической. Неспособность испытывать удовольствие оказалась для больных эмоционально ощутимой, субъективно неприятной и значимой потерей. Для этих больных было характерно болезненное осознание и понимание утраченных вследствие болезни положительных эмоций и фиксацией контрастирующей разницы, зачастую со страхом остаться несостоятельными. Динамика ангедонии обнаружила дисгармоничность и тропность к негативной симптоматике. По мере редукции аффективного компонента, ангедония воспринималась как потеря, привнесенная болезнью, но без выраженного эмоционального отклика.

В третьей группе (6 пациентов) при эндогенных депрессиях в рамках биполярного аффективного расстройства и рекуррентной депрессии наблюдалась тотальная ангедония, в равной степени вовлекавшая физический и социальный компоненты, коррелировавшая с глубиной и выраженностью депрессивной симптоматики, субъективно тяжело переносимая пациентом. Ангедония при расстройствах аффективного спектра характеризовалась транзиторностью относительно заболевания в целом, динамика отличалась гармоничностью и по мере стабилизации состояния обнаруживала обратимость редукции аффекта.

Выводы: Феномен ангедонии представляет базисное неспецифическое расстройство, участвующее в формировании психопатологической структуры состояний формирующихся на разных этапах эндогенного заболевания шизофренического и аффективного спектра. Клинико-психопатологический профиль феномена демонстрирует различия при разных синдромальных состояниях, что, видимо, является отражением патопластического влияния синдрома. Наряду с этим имеющиеся в литературе и полученные нами данные о персистировании феномена на разных этапах эндогенных заболеваний шизофренического спектра требуют дальнейшего уточнения и исследования с привлечением большего материала и методов.

Список литературы:

1. Beck A. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects* / New York: Harper & Row 1967.
2. Klein D. *Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision* / Arch Gen Psychiatry 1974;31:447-54.
3. Pelizza L. *Unedonia nella schizofrenia* / Ital J Psychopathology 2006;12:415-23.
4. Blanchard J.; Gangestad S.; Brown S.; Horan W. *Hedonic capacity and schizotypy revisited: A taxometric analysis of social anhedonia* / Journal of Abnormal Psychology, Vol 109(1), Feb 2000, 87-95.
5. Myerson A. *Anhedonia: the loss of desire and satisfaction* / Am J Psychiatry 1922;99:309-11.
6. Myerson A. *The constitutional anhedonia personality* / Am J Psychiatry 1946;22:774-9.
7. Rado, S. *Schizotypal organization: Preliminary report on a clinical study of schizophrenia*. In S. Rado & G. E. Daniels (Eds.). *Changing concepts of psychoanalytic medicine* 1956; 225–236.
8. Akiskal H., Weise R. *The clinical spectrum of so-called "minor depressions"* / Am J Psychother 1992; Jan;46(1):9-22.
9. Loas J. *Vulnerability to depression: a model centred on anhedonia* / J Affect Dis 1996;41:39-53.
10. Andreasen N. *Negative symptoms of schizophrenia: definition and reliability* / Arch Gen Psychiatry 1982;39:784-8.
11. Carpenter W. *Deficit/non deficit forms of schizophrenia: the concept* / Am J Psychiatry 1988;145:578-83.

Краснова В.В.

Эмоциональная дезадаптация и интерперсональные нарушения у студентов

ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России, Москва

В студенческом возрасте наиболее высок риск манифестации психической патологии в связи с высоким уровнем нагрузки и стресса, являющимися важными факторами эмоциональной дезадаптации. Обучение в вузе тесно связано с социальным взаимодействием. Такое явление, как социальная тревожность, способно оказать серьезное негативное влияние на процесс социальной и эмоциональной адаптации и качество жизни и обучения студентов. Социальная тревожность – это состояние выраженного эмоционального дискомфорта, страха, опасения и беспокойства, которые возни-

кают в ситуациях общения с другими людьми и связаны, прежде всего, с возможностью негативной оценки с их стороны.

Цель исследования: Изучение распространенности и выраженности социальной тревожности у студентов и ее влияния на трудности в социальных контактах и обучении.

Материала и методы: В исследовании приняли участие 553 студента третьих курсов московских гуманитарных вузов. Исследование проводилось анонимно в очной форме. По полу испытуемые распределялись – 307 девушек и 246 юношей. Возраст испытуемых от 19 до 23 лет, средний возраст – 21,5 года. Совместно с родителями проживает 393 человека, отдельно – 160.

Для статистического сравнения групп использовался критерий Манна-Уитни для независимых выборок (пакет статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 12, Copyright © SPSS Inc., 2004). Для установления корреляционных связей использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Методический комплекс включал 13 методик:

Для оценки уровня социальной тревожности: Шкала социального избегания и дистресса (Social Avoidance and Distress Scale, D. Watson, R. Friend, 1969); Шкала страха негативной оценки (Fear of Negative Evaluation, D. Watson, R. Friend, 1969); Краткая шкала социальной фобии (BSPS, J.R.T. Davidson et al., 1991).

Для оценки степени выраженности эмоционального неблагополучия: Шкала депрессии (BDI, A.Beck et al., 1961; адаптация Н.В. Тарабрина, 2001); Шкала тревоги (BAI, A.Beck et al., 1961; адаптация Н.В. Тарабрина, 2001).

Для оценки трудностей связанных с учебным процессом: Опросник недавних жизненных событий у студентов (P.M. Kohn, K.D. Lafreniere, M.Gurevich, 1990; адаптация Н.Г. Гаранян, 2010); Шкала COPE (C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K.Weintraub, 1989; адаптация Н.Г. Гаранян, П.А. Иванов, 2010); Шкала экзаменационной тревожности (I.G. Sarason, 1973; адаптация Н. Г. Гаранян, 2010). Шкала академической прокрастинации (C. Lay, 1986; адаптация Н.Г. Гаранян, 2010).

Для оценки качества интерперсональных отношений: Опросник социальной поддержки (E.Sommer, G.Fydrich, 1989; адаптация А.Б. Холмогорова, Г.А. Петрова, 2007); Структурированное интервью «Московский интегративный опросник социальной сети» (А. Б. Холмогорова, 2011); Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (С.В. Воликова, 2006; А.Б. Холмогорова, 2006); Тест на тип привязанности в интерперсональных отношениях (С.Hazan, P.Shaver, 1997; адаптация А.Б. Холмогорова, 2011).

Результаты:

1. Студенческий возраст является уязвимым в плане психического здоровья, в силу высокого уровня нагрузок, стресса, трудностей адаптации.

Социальная тревожность способна оказать серьезное негативное влияние на качество жизни студента и способствовать как психологической, так и социальной дезадаптации.

2. Данные, полученные в исследовании, свидетельствуют о выраженности социальной тревожности студенческой популяции и ее связи с другими видами эмоционального неблагополучия.

2.1. В обследуемой выборке 20% студентов имеют показатели по шкале социальной фобии от 30 до 40 баллов, то есть обнаруживают очень высокий уровень социальной тревожности, 1,6% студентов имеют показатели по шкале социальной фобии более или равные 41 баллу, что согласно данным исследований с высокой степенью вероятности указывает на наличие у них клинической формы социальной фобии.

2.2. У студентов с высокими показателями социальной тревожности степень эмоционального неблагополучия в виде симптомов тревоги, депрессии и суицидальной направленности значимо выше, чем в группе студентов с низкими показателями социальной тревожности. Социальная тревожность является важным фактором депрессии (конечная модель регрессии объясняет 24% показателя дисперсии).

3. Существует значимая связь между уровнем социальной тревожности и выраженностью трудностей в процессе обучения, а также выбором неконструктивных способов их преодоления.

3.1. Группа студентов с высоким уровнем социальной тревожности имеет достоверно более высокие показатели по уровню академического, интерперсонального и общего повседневного студенческого стресса, чем группа с низким уровнем социальной тревожности. Кроме того, социальная тревожность является важным фактором трудностей в учебном процессе в виде уровня академического стресса (конечная модель регрессии объясняет 17% дисперсии).

3.2. В группе студентов с высоким уровнем социальной тревожности показатель экзаменационной тревожности достоверно выше, чем в группе студентов с низким и средним уровнем социальной тревожности.

3.3. Студенты с высокими показателями по уровню социальной тревожности чаще прибегают к неконструктивным способам совладания со стрессом, прежде всего, таким, как избегание и прокрастинация.

4. Существуют значимые связи между уровнем социальной тревожности и дисфункциями в интерперсональных отношениях.

4.1. У студентов с высоким уровнем социальной тревожности показатель социальной поддержки (как эмоциональной, так и инструментальной) значимо ниже, чем у студентов с низким уровнем социальной тревожности, а социальная сеть значимо уже, чем у студентов с низким и средним уровнями

социальной тревожности. Множественный регрессионный анализ показал совместное влияние переменных «социальная тревожность» на уровень социальной поддержки (конечная регрессия объясняет 29% дисперсии).

4.2. Студенты с высоким уровнем социальной тревожности (64,4%) чаще вступают в интерперсональные отношения с ненадежным (амбивалентным) типом привязанности, по сравнению со студентами с низким (18%) и средним (42,5%) уровнями социальной тревожности.

5. В родительских семьях студентов с высоким уровнем социальной тревожности чаще отмечаются следующие дисфункции: высокий уровень критики со стороны родителей; тревожная фиксация родителей на возможных неудачах и трудностях, и в то же время критика за выражение негативных эмоций, таких как гнев и агрессия, недовольство со стороны ребенка; закрытость семьи для других людей и транслирование недоверия к людям. Элиминирование эмоций, высокий уровень индуцирования тревоги и недоверия к людям со стороны родителей являются важными предикторами высокого уровня социальной тревожности. Данная модель позволяет объяснить 19% дисперсии зависимой переменной «социальная тревожность» ($R^2=0,192$; $p<0,001$).

Выводы:

1. Социальная тревожность у студентов тесно связана с симптомами эмоционального неблагополучия. У студентов с высокими показателями социальной тревожности степень эмоционального неблагополучия в виде симптомов тревоги, депрессии и суицидальной направленности значимо выше, чем в группе студентов с низкими показателями социальной тревожности.

2. Социальная тревожность у студентов тесно связана с трудностями в учебной деятельности и неконструктивными способами их преодоления. Группа студентов с высоким уровнем социальной тревожности отличается от группы с низким уровнем социальной тревожности достоверно более высокими показателями по уровню академического, интерперсонального и общего повседневного студенческого стресса, а также повышенной частотой использования неконструктивных способов совладания со стрессом, включая прокрастинацию. У них также более выражены учебные трудности в виде экзаменационной тревожности, чем в группе студентов с низким и средним уровнем социальной тревожности.

3. Показатели качества интерперсональных отношений у студентов с высоким уровнем социальной тревожности значимо ниже по сравнению со студентами с низким и средним уровнями социальной тревожности. Высокий уровень социальной тревожности у студентов связан со значимым снижением уровня социальной поддержки как эмоциональной, так и ин-

струментальной, и с сужением социальной сети. Для них характерны интерперсональные отношения с ненадежным (чаще всего амбивалентным) типом привязанности.

4. Стиль коммуникаций в родительской семье является одним из факторов формирования социальной тревожности. Наиболее важными предикторами высокой социальной тревожности являются элиминирование эмоций, высокий уровень индуцирования тревоги и недоверия к людям со стороны родителей.

Лобачева М.В.

К особенностям гиперкинетического синдрома у детей при расстройствах аутистического спектра и других нарушениях развития центральной нервной системы

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Гиперкинетическое расстройство (ГР) по МКБ-10(1994) или синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) в DSM-IV-TR (2000) входят в круг сложных, нерешенных, актуальных проблем неврологии, психиатрии в связи с их высокой распространенностью среди детского населения – 3–7% [Заваденко Н.Н., 2005; Гиллберт К., Хеллгрейн Л., 2004, Barkley R.A., 2010 и др.], недостаточной изученностью патогенетических механизмов, гетерогенностью, социальной значимостью.

Объединенная по феноменологическому принципу, на основе качественных описательных характеристик (нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность), эта группа расстройств не имеет четко определенных границ, отмечается при нозологически разных заболеваниях, маскируя основную психопатологическую симптоматику.

Сопутствующие гиперкинетические расстройства – одни из самых частых коморбидных состояний у пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС), встречается в 20–50% случаев в эпидемиологических исследованиях и в 30–80% – в клинических [Симашкова Н.В., 2013; Vanaschewski T., Poustka L., Holtmann M., 2011]. Двойной диагноз невозможен по классификации МКБ-10 (1994), но в DSM-V (2013) данный подход изменен, допускается коморбидность СДВГ с РАС.

Подтверждением могут служить выявленные с помощью количественной электроэнцефалографии (ЭЭГ) у больных с СДВГ нарушения в организации сенсомоторных МЮ-ритмов [Григорьева Н.В., 1999], которые, как

оказалось, отмечаются и при детском психотическом аутизме (ДПА), при смене кататонических расстройств в приступе гиперкинетическим синдромом в ремиссии. При этом сенсомоторный МЮ – ритм, выражен даже более значительно, чем основной альфа-ритм, а его спектральная мощность превышает нормативные границы (Якупова Л.П., 2013).

Вопросы гетерогенности ГР при фенотипически сходных расстройствах в круге РАС и СДВГ, их клинико-психопатологическое своеобразие, абилитация остаются не разработанными.

Цель работы: Сравнительное изучение ДПА, маскированного гиперкинетическим синдромом, и «ядерной» формы СДВГ, вследствие раннего органического повреждения центральной нервной системы (ЦНС), для нозологического разграничения, прогностических, реабилитационных подходов.

Материалы и методы: Клинико-психопатологическим, клинико-динамическим, патопсихологическим методами обследовано 60 пациентов, в возрасте 3–15 лет. Из них 41 больной (I группа) с ДПА и 19 больных (II группа) с «ядерной формой» СДВГ. Все они были обследованы, получали лечение стационарно и амбулаторно в Отделе детской психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН.

Результаты и их обсуждение:

Психопатологическая оценка больных I группы. Манифестные кататонические приступы при ДПА возникали в первые 3 года жизни, на фоне диссоциированного дизонтогенеза или нормального развития. Кататонические расстройства (КР) в форме двигательного возбуждения занимали ведущее место в приступе, носили генерализованный характер (бег по кругу, вдоль стены, из угла в угол, подпрыгивания, раскачивания, карабканье наверх, атетоз, потряхивания кистями, ходьба с опорой на пальцы ног, изменчивый мышечный тонус). Находясь большую часть дня в движении, часть больных ложилась на короткое время на пол, кресла, затем вновь продолжали движения. У них были выражены вегетативные реакции, потливость. Моторное возбуждение сопровождалось негативизмом. Речь была смазанная, бессвязная, с персеверациями, эхолалиями. Дети не нуждались в общении с окружающими, родными и близкими, часто «сохраняя собственную территорию», при вмешательстве – возникали агрессия, плач. Сочетание кататонии с аутизмом приостанавливало физиологическое развитие ребенка на протяжении приступа, способствовало формированию вторичной задержки психического развития. Продолжительность манифестных приступов 2–3 года.

В ремиссии у больных формировался гиперкинетический синдром, как вторичное расстройство на выходе из кататонии. Дети не могли усидеть на месте, бегали, прыгали, крутились на стуле во время занятий. Избыточная однообразная двигательная активность у пациентов сочеталась с импульсивностью, нарушениями внимания, моторной неуклюжестью (наруше-

нием соразмерности движений, расстройством ритма и темпа в сложных движениях, организации движений в пространстве), стереотипными влечениями (удерживание стула, мочеиспускания, особенностями пищевого поведения). В ходе проведенной реабилитации у больных к 7–9 годам нажитой гиперкинетический синдром (с преобладанием гиперактивности и импульсивности) купировался, частично преодолевалась задержка психического развития. При эмоциональном напряжении возникал мимолетный «комплекс оживления», который удавалось прервать замечанием или переключить на другие виды движений. Исход благоприятный (6% больных выздоравливали, у 50% отмечался высокофункциональный аутизм, у 46% – отчетливое посттерапевтическое улучшение).

Патопсихологическая оценка больных с ДПА: Диагностика развития, выявление индивидуальных особенностей ребенка, характеристика его коммуникабельных возможностей, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, работоспособности и пр. осуществлялась с помощью психолого-педагогического профиля-PEP [Shopler E., Reichler R. et al., 1979, 1987, 1995, 2000]. Отмечалось диссоциированное улучшение когнитивных функций по всем субшкалам PEP на 15–30%, при меньшей выраженности в сфере мелкой моторики и зрительно-двигательной координации. Уменьшение выраженности аутистических проявлений отмечено на 20–55%.

Психопатологическая оценка больных II группы с «ядерной» формой СДВГ вследствие раннего органического повреждения ЦНС. Гиперактивность проявлялась чаще к 3 годам на фоне задержанного дизонтогенеза. Движения были быстрыми, с временным интересом и быстрой истощаемостью его, переходом к другой деятельности, в которой сохранялось импульсивность, неконтролируемость, часто доходящая до разрушительных действий, с отсутствием критичности к опасности. Подобная двигательная активность могла оставаться длительное время. Эти дети могли вступать в социальный контакт, не испытывая в этом трудности, но в дальнейшем этот контакт быстро нарушался в связи с продолжением собственной активности и агрессивности, так как другие дети, как правило, не соответствовали уровню их активности, что и создавало социальную дезадаптацию не только в детском коллективе, но и при общении с родственниками, в общественных местах. С поступлением в школу становились очевидными нарушения внимания, сниженная интеллектуальная активность.

К подростковому периоду исчезали яркие проявления гиперактивности, но двигательные нарушения сохранялись. У больных становятся очевидными отсутствие самостоятельности, неспособность работать без постоянной помощи, низкая успеваемость в школе, частые конфликты с окружающими, плохие взаимоотношения со сверстниками, тревожность

и низкая самооценка. Одновременно наблюдались трудности в соблюдении правил, подчинении нормам и законам. В результате подростки с СДВГ могли оказаться в группе риска по формированию девиантных и антисоциальных форм поведения, алкоголизма, наркоманий.

Патопсихологическая оценка больных с СДВГ: Отмечалось равномерное улучшение когнитивных функций по всем субшкалам РЕР. Значительное улучшение отмечалось по шкале «аффект» и «использование материала»; отсутствовали иные аутистические знаки.

Коррекция: Нозологическая гетерогенность ГР определяла необходимость дифференцированных подходов к фармакотерапии. При ДПА базисную терапию типичными и атипичными нейролептиками, направленную на купирование кататонических расстройств в приступе (хлорпромазин, левомепромазин, алимемазин, тиоридазин, хлорпротиксен), преодоление когнитивных нарушений (трифлюоперазин, клозапин, рисперидон), в ремиссии обязательно сочетали с препаратами ноотропного ряда (пантогам, церебролизин, кортексин, семакс 0,1%, актовегин), направленными на купирование нажитого гиперкинетического синдрома.

При «ядерном» варианте СДВГ ведущими в терапии на протяжении болезни являлись препараты ноотропного ряда (пантогам, фенибут, кортексин, церебролизин и др.), которые сочетали в четверти наблюдений с терапией небольшими дозами нейролептиков (тиоридазин, перициазин), сосудистыми средствами, дегидратацией.

Немедикаментозная коррекция обязательна, проводится командой специалистов (детские психиатры, неврологи, врачи ЛФК, кинезиотерапевты, массажисты, психологи, логопеды-дефектологи и др.). Основное внимание уделялось двигательной коррекции.

Выводы:

1. При ДПА отмечается нажитой гиперкинетический синдром с преобладанием гиперактивности и импульсивности, который поддается коррекции при направленной фармакотерапии и реабилитации.

2. При «ядерной» форме СДВГ резидуально-органического генеза гиперкинетические проявления лишь частично смягчаются к пубертатному возрасту, сочетаясь с невысокой интеллектуальной активностью, нарушениями социализации, риском правонарушений.

3. Маркером гиперкинетического синдрома при ДПА является: когнитивный дизонтогенез с отставанием в развитии мелкой моторики и зрительно-двигательной координации.

4. Выявленная нозологическая гетерогенность гиперкинетического синдрома необходима для создания дифференцированных алгоритмов абилитации, социализации больных.

Максимкин С.И.

Сравнительный анализ выраженности когнитивных нарушений и психотической симптоматики у женщин с различными видами деменции

ГБУЗ ДЗМ «ПБ № 10», Москва

Актуальность: В клинической картине течения деменций различной этиологии с разной степенью выраженности когнитивных нарушений возможно возникновение психотической симптоматики.

Цель исследования: Выявить и сопоставить особенности проявлений психотической симптоматики и выраженности когнитивных нарушений у женщин, больных сосудистой деменцией и деменцией при болезни Альцгеймера.

Материалы и методы: Клинико-патопсихологический, статистический методы. Проанализированы истории болезни 50 пациенток в возрасте от 64 до 94 лет, находящихся на стационарном лечении в ПБ № 10 г. Москвы с диагнозом, соответствующим рубрикам F00 и F01 МКБ-10. Выраженность когнитивных нарушений данных больных оценивалась по шкале MMSE. В зависимости от этиологии деменции все пациентки были распределены в две группы: 1 группа – больные деменцией при болезни Альцгеймера – 24 человека, 2 группа – больные сосудистой деменцией – 26 человек.

Результаты и обсуждения: При изучении клинической картины течения заболевания среди пациенток с болезнью Альцгеймера и больных сосудистой деменцией у 33 человек наблюдались психотические нарушения, что составило 66% от общего количества исследуемых. При этом в группе пациенток с болезнью Альцгеймера частота случаев, сопровождающихся психотической симптоматикой, составила 54,2%, что было ниже по сравнению с частотой наблюдаемых психозов у исследуемых с сосудистой деменцией (76,9%).

При оценке результатов внимание было обращено на частоту случаев с разнообразной психотической симптоматикой на фоне деменции с различной степенью тяжести.

При оценке когнитивных нарушений по шкале MMSE среди госпитализированных пациенток с болезнью Альцгеймера случаев с легкой степенью выраженности деменции не выявлено. Частота случаев с умеренной степенью выраженности деменции в этой группе составила 25%. Среди них психотическая симптоматика наблюдалась у 66,7% больных. При этом в 25% случаев наблюдалось сочетание периодически возникающих делириозных нарушений на фоне более постоянных бредовых переживаний. Галлюцинации и бредовая симптоматика без сочетания с делирием выявлены у 25% и в 50% случаев соответственно. Тяжелая степень выраженности деменции

была выявлена у 75% пациенток с болезнью Альцгеймера. Психотическая симптоматика в этой группе наблюдалась у 50%. Среди них в 67% случаев были выявлены делириозные нарушения, сочетание эпизодов делирия на фоне бредовой симптоматики – 11%, отдельно наблюдавшаяся бредовая симптоматика – 22%.

Среди больных сосудистой деменцией соотношение легкой, средней и тяжелой степени выраженности заболевания составило 15%, 44% и 51% соответственно. В 75% случаев у больных с легкой степенью сосудистой деменции выявлялась психотическая симптоматика: 33,3% – делирий, 33,3% – эпизоды делирия в сочетании с бредовыми переживаниями, 33,3% – бредовые переживания. Среди пациенток с умеренной степенью тяжести данного заболевания у 67% наблюдались психозы в соотношении:

37,5% – сочетание бредовых и галлюцинаторных переживаний, по 25% – делирий и бредовые переживания, 12,5% – делирий в сочетании с бредовой симптоматикой. В случаях с тяжелой степенью сосудистой деменции психотическая симптоматика наблюдалась у 40% больных в соотношении: 75% – делирии и 25% – эпизоды делирия на фоне галлюцинаторной и бредовой симптоматики.

Выводы: Психотическая симптоматика у больных деменцией возникает более чем в 60% случаев. У женщин в обеих группах наблюдается снижение частоты возникновения психозов у больных с тяжелой степенью выраженности деменции по сравнению с легкой и умеренной. В случаях с умеренной выраженностью деменции при выявлении психотической симптоматики у пациенток с болезнью Альцгеймера преобладают бредовые переживания, тогда как у больных сосудистой деменцией более часто наблюдается сочетание бреда и галлюцинаций. При этом в обеих группах при тяжелой степени выраженности заболевания отмечается преобладание делириозных нарушений среди остальной психотической симптоматики.

Марков П.В.

Этиопатогенетические и клинико-феноменологические особенности органического шизофреноподобного расстройства у лиц молодого и пожилого возрастов

ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

Психотические формы органических психических расстройств в течение длительного времени представляют научный и клинический интерес для многих поколений психиатров. Анализ литературы за более чем веко-

вую историю изучения данной патологии показал, что континуум проблем, встающих перед исследователями, не ограничивается описанием отдельных характеристик заболевания (этиологии, патогенеза, патокинеза, феноменологического оформления, прогноза), поиском дифференциально-диагностических отличий от иных нозологий, но и в ряде случаев служит субстратом для принципиального пересмотра утвержденных позиций и создания новых моделей.

Несмотря на увеличение количества работ, посвященных проблеме органического шизофреноподобного расстройства (ОШР), посвященных преимущественно эпилепсии, по-прежнему указанная нозология остается *terra incognita* в силу:

- симптоматической многоликости,
- подверженности клиническому метаморфозу в зависимости от совокупности внешних и внутренних факторов,
- появления новых поражающих агентов,
- затруднения в ряде случаев обоснования прямой причинно-следственной связи между экзогенной и имеющейся патологией и т. д.

Данные, полученные различными исследователями при анализе случаев ОШР, значительно отличаются друг от друга, а порой и носят откровенно противоречивый характер. Так, большинство из них сходятся во мнении, что указанная патология встречается редко, хотя при этом в литературе представлены широкие диапазоны уровня распространенности – от 4% до 20% от общего числа органических расстройств. Статистический анализ на больших выборках с попытками выявления корреляций до настоящего времени не привел к значимым результатам, так как выводы проведенных научных исследований носят либо малопрактичный, либо дискутабельный характер.

Размытость критериев ОШР и отсутствие достаточной информации по данному заболеванию делает его «непривлекательным» для клиницистов, что предопределяет игнорирование врачами данной нозологической единицы, или восприятию ее, как «диагностической ямы» для неясных случаев.

В поиске очерченных зависимостей, попытках выявить типы течения заболевания, нам представилось возможным проанализировать имеющиеся случаи ОШР через призму возрастного фактора. Соответственно была сформулирована цель исследования.

Цель исследования: Выявить значимые диагностические отличия в разнополюсных возрастных группах у лиц с установленным диагнозом «Органическое шизофреноподобное расстройство».

Материал и методы: Клинико-психопатологический в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, а также данных лабора-

торных, инструментальных и экспериментально-психологических методов исследования. Обследуемые – совершеннолетние мужчины, прошедшие судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского» с диагнозом «Органическое шизофреноподобное расстройство» (1 группа – 33 человека в возрасте от 18 до 30 лет, 2 группа – 19 человек старше 55 лет).

Результаты и обсуждение: Уже на этапе сравнения социальных показателей обеих групп был выявлен ряд параметров, отражающих качественный состав обследуемых, что особенно справедливо для молодой группы: при среднем возрасте $25 \pm 3,5$ года из 33 пациентов более чем половина (54,5%) имели лишь законченное среднее, и только один имел высшее образование; на должностях, требующих квалификации, было занято 3 человека. Обращает на себя внимание тот факт, что количество лиц, имеющих инвалидность в обеих группах, были сопоставимы (30,3% и 26,4% соответственно).

Наиболее демонстративны показатели, полученные при анализе наследственной отягощенности, раннего периода жизни и преморбидных личностных особенностей. В семьях 1-й группы достоверно чаще отмечались психические расстройства – 60,6% (по сравнению со 2-й – 15,8%), среди них преобладали зависимость от психоактивных веществ, в том числе у обоих родителей (30,3%), и заболевание шизофрения среди лиц первой степени родства (21,2%). При оценке и сравнении раннего постнатального онтогенеза (до совершеннолетия) в двух группах, показатели обследованных молодого возраста явно носили менее благоприятный характер. Перенесенная перинатальная патология, соматоневрологические и психические нарушения на ранних этапах развития, дополнительные вредности в виде психогений достоверно чаще встречались в первой группе, при этом полученные статистические данные двух когорт различались в несколько раз. Также у данных больных отмечалось увеличение дезадаптации на до- и в пубертатном периодах с 60,6% до 66,7%, в то время как у зрелой группы обследованных она оставалась неизменной – 26,4%. К совершеннолетию лишь четверть обследованных молодых были признаны психически здоровыми, у большей части (51,5%) диагностировалась органическая недостаточность; среди второй группы в 57,9% патологии не выявлялось, в 21,1% отмечалась задержка психического развития.

Моноэтиологичность расстройства встречалась в исследовании примерно у четверти больных, при этом у 8 человек из 33 это была единичная значимая травма головы, а у 4 из 19 человек речь шла о сосудистой патологии. В остальных случаях имело место сочетание нескольких факторов (чаще травм и психоактивных веществ – 63,6% у первой группы и 42,1% у второй группы), каждый из которых не только привносил в клиническую картину те или иные психические феномены, но и играл определенную роль

в развитии и протекании расстройства в зависимости от силы, частоты, времени воздействия, а также этапах присоединения.

Несмотря на то что клиническая картина инициального периода в обеих группах в основном была представлена психопатоподобной и церебрастенической симптоматикой, первая группа отличалась большей полиморфностью проявлений, как доминирующего синдрома, так и сопутствующих психических расстройств. В ряде случаев на первый план выходили неврозоподобные нарушения, расстройства аффективного регистра (дисфории, депрессии), у двоих обследованных дебют проявился нетипичным для органического расстройства апато-абулическим синдромом. Заведомо чаще на допсихотическом этапе у больных этой группы встречался судорожный синдром – 27,3%, аффективные расстройства сопровождали стержневую органическую симптоматику в 75,8%.

Среди рассмотренных случаев манифестация расстройства в основном была представлена паранойальным синдромом (33,3% – первая группа и 63,2% – вторая группа). При этом если в старшей группе изолированные галлюцинаторные расстройства не встречались, то в группе до 30-ти (21,2%) они были распределены в равных долях с параноидным (24,3%) и галлюцинаторно-параноидными синдромами (21,2%). Как следует из данных предыдущих госпитализаций в психиатрические больницы, нозологическая квалификация указанных психотических эпизодов была затруднена: так, лицам первой группы в 18,2% случаях устанавливался диагноз процессуального расстройства, 4-м обследованным – алкогольная энцефалопатия, у 3-х лиц состояние было расценено как реактивный психоз.

Любопытно, что до настоящего обследования большая часть людей зрелого возраста (73,7%) не наблюдалась у психиатров, что может быть объяснено медленным, постепенным нарастанием психических расстройств, психологически понятными (не вычурными) фабулами бредовых идей, социальной депривацией, «мерцающим» характером патологии.

Текущее клинико-психопатологическое исследование с применением параклинических методов выявило большую соматоневрологическую сохранность молодых больных, показатели ЭЭГ намного реже выявляли грубые диффузные изменения (24,2% у первой и 63,2% у второй группы). В психическом статусе в старшей группе продуктивная симптоматика была представлена в основном (78,9%) паранойальным синдромом, в 15,8% – параноидным и один случай сопровождался галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Психотическая симптоматика первой группы оказалась более разнородной, паранойальные расстройства встречались в 42,4%, параноидный синдром был у трети больных, галлюцинаторно-

параноидным отмечался в 12,1%. При этом фабулы бредовых идеи у данных пациентов были более разнообразны, отмечалось парадоксальное сосуществование одновременно идей персекуторного плана и идей величия, изобретательства.

Аффективные расстройства отмечались у большинства обследованных обеих групп, в трети случаях отмечались смешанные состояния, однако если в группе до 30-ти большая часть приходилась на дисфории (39,4%), то среди лиц зрелого возраста преобладала депрессивная симптоматика (26,3%). Сравнение дефицитарных расстройств у пациентов на инициальном этапе и при текущем обследовании выявило своеобразную инверсию синдромов церебралестический/психоорганический – 64,5% / 12,1% на момент начала заболевания, и 16,8% / 57,9% к настоящему моменту.

Показательно, что «шизофреноподобность» нозологии проявлялась не только наличием яркой продуктивной симптоматики, но и имеющимися дефицитарными расстройствами эмоционально-волевой и идеаторной сфер традиционно относимыми к шизофрении. Среди пациентов часто встречались такие операциональные расстройства мышления, как непоследовательность (92,5%), паралогичность (44,9%), резонерство (32,7%), соскальзывания (30,8%). Апато-абулические состояния верифицировались в 21,2% случаев среди лиц молодого возраста и в 10,5% у обследуемых второй группы.

Выводы: Выявленные различия в группах ОШР показательны, включают в себя параметры, относящиеся к разным этапам психиатрического обследования, отражают динамичность и специфичность нозологии, по своей совокупности могут определять направление клинической гипотезы. При проведении дифференциальной диагностики заболевания, при наличии в психопатологической картине «смущающих» патогномоничных для шизофрении феноменов, следует делать акцент на поиск сквозных психоорганических нарушений, как при непосредственном анализе status praesens, так и с учетом анамнеза обследуемого.

Как показало текущее исследование в совокупности с катамнестическими данными, оценка состояния больных молодого возраста чаще представляет трудности в связи с большим количеством негативных привходящих факторов и высоким феноменологическим потенциалом группы, что в большинстве случаев связано с наличием органической почвы, на которой в дальнейшем формируется «нозос». Статистически подтвержденные различия, полученные в результате проделанной работы, допускают возможность существования нескольких моделей возникновения и течения ОШР, что в свою очередь будет предметом следующего исследования.

Можаева Е.В.

Сравнительный анализ частоты и выраженности депрессивных расстройств у пациентов с различными формами деменции

ГБУЗ ДЗМ «ПБ № 10», Москва

Актуальность: Деменция и депрессия – заболевания, которые часто встречаются у лиц старше 65 лет; каждое из них наблюдается у 15% пожилого населения [National Institutes of Health Consensus Development Panel on Depression in Late Life. Diagnosis and treatment of depression in late life. J and Med Assoc 1992; 61: 252-256]. Между этими расстройствами много общего: большинство форм деменции сопровождается признаками депрессии, а при депрессии у пожилых лиц, как правило, выявляются когнитивные нарушения. Для нас представляет интерес частота возникновения депрессивных расстройств при различных формах деменции в зависимости от степени выраженности когнитивных нарушений.

Целью исследования является клиничко-статистический анализ частоты возникновения и выраженности депрессивных расстройств у пациентов с сосудистой деменцией и деменцией при болезни Альцгеймера.

Материалы и методы: Клиничко-патофизиологический, статистический методы. Были проанализированы истории болезни пациентов в возрасте от 58 до 89 лет, находящихся на стационарном лечении в ПБ № 10 г. Москвы с диагнозом «деменция». С помощью диагностической шкалы MMSE проводилась оценка когнитивных функций 63 человек. У 13 больных с тяжелой степенью деменции в связи с отсутствием продуктивного контакта оценить эмоциональное состояние не удалось. В результате в исследование вошли 50 человек: пациенты с сосудистой деменцией – 33 человека, и больные с деменцией при болезни Альцгеймера – 17 человек.

Результаты и обсуждение: С помощью диагностической шкалы CES-D и клинической оценки аффективного состояния пациентов с сосудистой деменцией и деменцией при болезни Альцгеймера депрессивные состояния выявлены у 26 человек, то есть у 52% исследованных пациентов, страдающих деменцией, диагностирована депрессия. Соотношение депрессивных расстройств в обеих группах распределилось приблизительно равномерно (у ДБА – 47%, у СД – 54,5%). Интерес представляет частота встречаемости разных степеней депрессии при разных уровнях когнитивных нарушений в каждой группе. У пациентов с ДБА при легкой степени деменции аффективных нарушений не обнаружено. Кроме того, во всей выборке больных с ДБА тяжелых депрессивных состояний мы также не

выявили. А у пациентов с умеренной и тяжелой степенью деменции соотношение легкой и умеренной депрессии составило 35,3% и 11,8% соответственно. В группе исследуемых с СД, напротив, у всех пациентов с легкой степенью деменции выявлена депрессия. Депрессивное состояние было диагностировано у пациентов умеренной и тяжелой степенью деменции при СД в 36,4% случаев легкой степени, в 12,1% умеренной и 6% тяжелой степени. По данным анамнеза у 9% человек в группе СД депрессивные расстройства встречались ранее в молодом и зрелом возрасте. По гендерному признаку в обеих группах преобладали женщины (всего 37 женщин (74%), 23 (69,7%) в группе СД, 14 (82,4%) – в группе ДБА). Было выявлено, что мужчины реже страдают депрессией, и она у них протекает в легкой степени (среди исследуемых мужчин (17) депрессивные состояния обнаружены у 30,8%, у 23% случаев выявлены легкие депрессивные расстройства). Что касается женщин, то депрессии выявлены у 60,9% в группе СД и 50% в группе ДБА. Необходимо отметить, что в группе СД встречаются все степени депрессивных расстройств, а более всех – легкая депрессия (67%), в то время как при ДБА выявлена только легкая и умеренная депрессия – 71,4% и 28,6% соответственно.

Выводы: Каждый второй пожилой человек, страдающий деменцией, независимо от ее формы, испытывает депрессивные расстройства. Депрессивные состояния у пациентов обеих групп встречаются приблизительно с одинаковой частотой, однако при ДБА не выявлялась тяжелая степень депрессии, а при легкой степени ДБА аффективной патологии не наблюдалось, в отличие от СД, где все пациенты с легкой степенью деменции испытывали депрессивные расстройства. У мужчин мнестико-интеллектуальное снижение в рамках СД и ДБА гораздо реже сопровождалось депрессивными состояниями (30,8%), чем у женщин (59,5%). Вместе с тем депрессии у мужчин при СД и ДБА встречались в равной степени (30% и 33%), а у женщин депрессии при СД выявлены чаще (60,9%), чем при ДБА (50%). Кроме того, обнаружены различия частоты степеней депрессии у женщин в обеих группах при разной степени выраженности когнитивных нарушений.

Павлова Т.С.

Семейные факторы социальной тревожности в дошкольном, подростковом и студенческом возрастах

Центр экстренной психологической помощи, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва

В настоящее время феномен социальной тревожности является предметом интенсивных эмпирических и теоретических исследований за рубежом, что обусловлено широкой распространенностью данной проблемы. Ретроспективные исследования взрослых людей, страдающих сильной тревожностью, продемонстрировали, что социальная фобия в детстве является четким предиктором развития высокого уровня тревожности во взрослом возрасте. Высокий уровень социальной тревожности в подростковом возрасте часто сопровождается снижением настроения, социальной изоляцией и может приводить к аутоагрессивному поведению, злоупотреблению алкоголем и наркотиками, суицидальным мыслям и намерениям. В студенческой популяции высокий уровень социальной тревожности крайне неблагоприятно сказывается на качестве жизни страдающих от нее молодых людей, увеличивая риск одиночества, развода, суицида, коморбидных психических расстройств, алкоголизации, сексуальных дисфункций, неприятностей в учебе и на работе, снижения количества социальных связей и социальной поддержки.

Факторов, вызывающих развитие социальной тревожности в детском возрасте, достаточно много (биологические, социальные, психологические), одним из определяющих факторов является семейное окружение. Многочисленными исследованиями показана роль выраженности семейных дисфункций в возникновении и течении различных видов эмоциональных расстройств. Однако число исследований семейного контекста социальной тревожности как одного из наиболее распространенных видов эмоциональной дезадаптации крайне невелико, а отечественные исследования практически отсутствуют, в связи с чем представляется актуальным эмпирическое изучение семейного аспекта социальной тревожности у детей, подростков и молодежи.

Цель: Исследование семейных факторов социальной тревожности в разных возрастных группах.

Была выдвинута следующая гипотеза: высокий уровень социальной тревожности связан с коммуникативными дисфункциями со стороны родителей в разных возрастных группах.

Организация и методы исследования: В период с 2009 по 2013 г. были обследованы 26 детей (6–7 лет), посещающих дошкольное образовательное учреждение, и их родители (26 человек); 63 подростка (12–16 лет) – ученики общеобразовательных школ и 40 студентов (19–23 лет) лингвистических вузов г. Москвы.

Методики:

Дошкольный возраст: Уровень социальной тревожности оценивался воспитателями по шкале экспертной оценки, составленной на основе критериев Ф. Зимбардо (Т.С. Павлова, А.Б. Холмогорова); родители обследованных детей заполняли Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова), тестирующий правила эмоционального

поведения и уровень негативных эмоций в родительской семье, а также родительские коммуникации, индуцирующие отрицательные эмоции у детей.

Подростковый и студенческий возраст: Для оценки уровня социальной тревожности использовалась Шкала социального избегания и дистресса (SADS, Watson D., Friend R., валидизация Краснова В. В.), выраженность семейных дисфункций оценивалась с помощью Опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» (А. Б. Холмогорова, С. В. Воликова).

Для статистической обработки данных был использован статистический пакет SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11 англоязычная версия, применялся корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение: В дошкольном возрасте установлена значимая корреляционная связь между показателем родительской критики и уровнем социальной тревожности у ребенка ($p < 0,05$).

При анализе связи социальной тревожности с параметрами эмоционального неблагополучия в семье в подростковом возрасте, с социальной тревожностью оказался связан фактор *элиминирования эмоций* ($p < 0,05$).

Данные корреляционного анализа семейных факторов социальной тревожности говорят о том, что в студенческой выборке с высоким уровнем социальной тревожности наиболее тесно связаны такие особенности, как склонность родителей к *критике* ($p < 0,05$), *индуцирование недоверия к людям* ($p < 0,01$) в семье и *сверхвключенность* ($p < 0,01$) родителей в жизнь детей.

Данные эмпирического исследования семейных факторов социальной тревожности в разных возрастах показывают, что с высоким уровнем социальной тревожности наиболее тесно связаны такие факторы, как высокий уровень родительской критики (более критичные родители склонны ругать ребенка за проявления гнева или агрессии, сердиться на высказывания недовольства со стороны ребенка, часто критиковать за допущенные ошибки и долго и тщательно их анализировать, а также сравнивать своего ребенка с более успешными детьми), индуцирование недоверия к людям в семье, что говорит о закрытых границах в таких семьях и наличии негативных убеждений об окружающем мире; и сверхвключенность родителей в жизнь детей – стремление к гиперопеке: решать проблемы за ребенка, вмешиваться в его дела и настойчиво предлагать свои решения, быть в курсе всех дел ребенка и чутко следить за его настроением. Получается, что родители создают своего рода порочный круг: с одной стороны, все делают за ребенка и постоянно вмешиваются в его дела, таким образом, не давая ему проявить самостоятельность и приобрести собственные навыки решения проблем, а с другой – постоянно критикуют его за недостаточную компетентность, и к тому же приучают ребенка не доверять чужим людям, отрезая возмож-

ность получения эмоционального тепла извне. Можно предположить, что в семьях детей с повышенной социальной тревожностью не принято обсуждать эмоции и переживания членов семьи, ценится сдержанность в проявлении чувств, трудно пожаловаться друг другу на неприятности и не принято часто хвалить ребенка.

Отсутствие связи между другими показателями дисфункциональных коммуникаций (например, сверхвключенности и индуцированием недоверия) в дошкольном возрасте можно объяснить двумя причинами: во-первых, недостаточно большим объемом выборки, возможно, в более обширном исследовании могли выявиться и другие связи, во-вторых, возможно, сами родители недостаточно замечают и признают дисфункциональность своего поведения. Вышеприведенные результаты подтверждают нашу гипотезу о влиянии дисфункциональных эмоциональных коммуникаций в семье на уровень социальной тревожности у ребенка.

Выводы:

1) Родители социально тревожных детей склонны ругать ребенка за проявления гнева или агрессии, сердиться на высказывания недовольства со стороны ребенка, часто критиковать за допущенные ошибки и долго и тщательно их анализировать, а также сравнивать своего ребенка с более успешными детьми.

2) Высокий уровень социальной тревожности связан с коммуникативными дисфункциями в семье во всех обследованных возрастных группах (в дошкольном, подростковом и студенческом возрастах).

3) Чтобы предотвратить развитие социальной тревожности у ребенка, которая может привести к формированию тревожного расстройства в будущем, необходимо вести целенаправленную работу с родителями.

Плужников И.В., Попович У.О.***

Нейропсихологическая размерность ипохондрического бреда в структуре юношеского эндогенного психоза

** Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва*

*** Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

Проведенные ранее сравнительные исследования особенностей нейропсихологической синдромологии нарушений высших психических функций при различной психопатологической структуре приступов (аффективно-бредовых, галлюцинаторно-бредовых, кататонических) юношеского

эндогенного приступообразного психоза (Сидорова, Каледа, Бархатова, 2007; Каледа и др. 2008), с одной стороны, доказали на экспериментальном уровне правомерность типологизации психотических приступов, а с другой – позволили выдвинуть гипотезы о церебральных патогенетических механизмах того или иного варианта. В этой связи продолжение нейрокогнитивных исследований с привлечением методологии нейропсихологического анализа А. Р. Лурия юношеского эндогенного психоза, протекающего с приступами иной психопатологической структуры, представляется перспективным и эвристичным для решения преимущественно теоретических задач психиатрии. В качестве клинической модели в настоящем исследовании были выбраны приступы с преобладанием ипохондрических идей бредового уровня.

Задачей исследования стало изучение особенностей закономерных сочетаний нейропсихологических симптомов у лиц, перенесших юношеский эндогенный психоз с ипохондрическими идеями бредового уровня в структуре приступа, с целью выявления возможных церебральных механизмов патогенеза данных психопатологических состояний.

Материал и методы исследования: С помощью клиничко-нейропсихологического методов было обследовано 57 больных юношеским эндогенным приступообразным психозом мужского пола, госпитализированных с психотическим приступом с бредовыми идеями ипохондрического содержания в клиничское отделение отдела эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – академик РАН, проф. А. С. Тиганов) ФГБУ «НЦПЗ» РАМН в 2010–2013 гг. У 31 изученного больного ипохондрический бред формировался в структуре первого приступа, у 26 – повторного приступа. Критериями включения больных в исследование являлись: формирование ипохондрических бредовых идей в структуре психотического приступа в юношеском возрасте (16–25 лет), начало заболевания в подростково-юношеском возрасте. Критерии исключения – наличие сопутствующей психической, неврологической или соматической патологии, затрудняющей исследование. В качестве контрольной группы выступили 25 здоровых мужчин – студенты вузов и сотрудники предприятий г. Москвы. Все испытуемые были сопоставимы по возрастным и социально-демографическим показателям.

По результатам клиничко-психопатологического исследования данной когорты больных (Попович, 2014) больные были разделены на четыре группы по типу приступов, в структуре которых отмечались ипохондрические бредовые идеи: депрессивно-ипохондрический (I тип, n=16), сенесто-ипохондрические (II тип, n=18), параноидные (III тип, n=14), полиморфные (IV тип, n=9).

Нейропсихологическое обследование испытуемых проводилось по схеме А. Р. Лурия с использованием специально разработанной качественно-количественной шкалы. С помощью 43 нейропсихологических проб (как классических, так и современных) исследовались такие высшие психические функции, как внимание, память в различных модальностях (непосредственное и отсроченное воспроизведение, произвольное и непроизвольное запоминание, структурированный и неструктурированный по смыслу материал), зрительный, оптико-пространственный, слуховой и тактильный гнозис, произвольные движения и действия (праксис), интеллектуальные процессы. С помощью специальной процедуры (см. Плужников и соавт., 2013) выделялись индексы функционирования нейропсихологических факторов: произвольности, кинетический, кинестетический, тактильный, акустический (вербальный и невербальный), пространственный, зрительный, модально-неспецифический, энергетический, межполушарного взаимодействия. Также использовались специальные нейропсихологические пробы, направленные на оценку состояния тактильной сферы (Пархоменко, 2011). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 9.0.

Результаты и обсуждение: В результате сравнения нейропсихологических индексов и параметров, полученных при обследовании больных, с данными здоровых испытуемых, были выявлены значимые различия (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$), на основании которых, при учете качественной специфики тех или иных когнитивных нарушений, можно выделить следующие варианты нейропсихологических симптомокомплексов, типичных для различных психопатологических вариантов бредовой ипохондрии.

Неспецифический нейропсихологический мета-синдром с разной степенью выраженности его компонентов наблюдался у всех исследованных больных. Картина нарушений высших психических функций складывалась из значительных трудностей произвольной регуляции деятельности (нарушений функций планирования, программирования, контроля произвольных движений и действий, интеллектуальной и перцептивной активности), модально-неспецифических расстройств памяти (торможение мнестических следов под влиянием интерферирующих воздействий), нарушений оптико-пространственного анализа и синтеза (многочисленных метрические, координатные и топологические ошибки в пробах). Данный нейрокогнитивный профиль был описан нами ранее (Корсакова, Плужников, 2012) как «нейропсихологический синдром дезадаптации» и связан с дисфункциональным состоянием «конституционально-уязвимой оси» – фронто-таламо-париетальных связей головного мозга. Другими словами, у исследованных больных наблюдалась функциональная недостаточность третичных

и вторичных зон передних отделов больших полушарий (больше слева), гипоталамо-гипофизарных структур и «заднего ассоциативного комплекса» – зоны перекрытия теменно-височно-затылочных областей (больше справа).

Нейропсихологический синдром нарушений высших тактильных функций в качестве изолированного определял картину нейрокогнитивной дисфункции (без учета мета-синдрома, описанного выше) 63% больных с I типом (депрессивно-ипохондрическим) и 83% больных с II типом (сенесто-ипохондрическим) приступов. Структура нарушений складывалась из многочисленных ошибок в пробах на кинестетический праксис (больше в левой руке) и стереогнозис (также больше в левой руке). В ряде случаев выраженность нейропсихологической симптоматики доходила до уровня, близкого к тактильной агнозии (астереогноза), – некоторые больные не могли на ощупь, без зрительного контроля, назвать даже самые простые бытовые предметы (ключ, булавка и др.). Указанные когнитивные расстройства традиционно связываются с дисфункцией нижних отделов вторичных теменных зон правого полушария.

Комплексное исследование тактильной сферы показало, что пациенты с сенесто-ипохондрической структурой приступа значительно отличаются (в худшую сторону) как от испытуемых контрольной группы, так и от больных с другими типами приступов по таким параметрам, как восприятие текстуры, веса и размера. У них также наблюдалось значительное количество ошибок в методике «доска Сегена». По всей видимости, нарушения данных аспектов высшей тактильной сферы являются важным звеном патогенеза рассматриваемых состояний.

Диффузный нейропсихологический симптомокомплекс был типичен для пациентов III и IV групп (параноидный и полиморфный тип соответственно). Нейропсихологическая симптоматика была гетерогенной, у каждого из обследованных больных выявлялись регуляторные, операциональные и динамические нарушения всех высших психических функций различной степени выраженности. Диффузная нейропсихологическая симптоматика у больных с юношеским эндогенным приступообразным психозом была описана ранее (Сидорова, 2005) как типичная для подострого психотического состояния безотносительно к психопатологической структуре приступа. По всей видимости, можно говорить о том, что больные данных групп сохраняли резидуальные психотические проявления на момент обследования. Интегративный анализ топического значения выявленных когнитивных расстройств затруднителен, однако обращают на себя внимание, во-первых, превалирование симптомов сужения объема слухоречевой памяти, литеральные и вербальные парафазии и аграмматизмы в экспрессивной речи, и во-вторых, выраженные нарушения энергетического обе-

спечения активности и нейродинамических компонентов деятельности с колебаниями работоспособности, утомляемостью и истощаемостью больных даже на ранних этапах психологического тестирования. Это, в свою очередь, указывает на то, что помимо дисфункционального состояния значительного количества церебральных аппаратов, важное место среди них занимает дефицит функций подкорковых структур мозга, а также дефицит функций лобно-височных отделов левого полушария, который может быть связан с актуальной непохондрической психотической симптоматикой (персекуторные идеи, вербальный псевдогаллюциноз, психические автоматизмы).

Таким образом, в настоящем исследовании было показано, что при наличии относительно неспецифических нейрокогнитивных дефицитов, центральным осевым нейропсихологическим нарушением больных с юношеским эндогенным психозом с ипохондрическими бредовыми идеями в структуре приступа является искаженное функционирование тактильной сферы. Перспективами дальнейших исследований можно назвать, во-первых, изучение церебральных патогенетических звеньев сверхценной и бредовой ипохондрии в дифференциальном аспекте, и во-вторых, более тонкое изучение качественных характеристик тактильного гнозиса при ипохондрических состояниях и других психических расстройствах, реализующихся в телесной сфере (например, дерматозоидный бред) в связи с клиническими и клинико-биологическими аспектами этиологии и патогенеза.

Список литературы:

1. Каледя В.Г. Юношеский эндогенный приступообразный психоз (психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты первого приступа). Дисс. ... доктора мед. наук. М., 2010.
2. Корсакова Н.К., Плужников И.В. Нейропсихологический подход к изучению процессов адаптации // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М., 2012, с. 70–92.
3. Пархоменко Д.В. Комплексное исследование тактильной сферы. М., 2011. 35 с.
4. Плужников И.В., Крылова Е.С., Омельченко М.А., Каледя В.Г. Нейропсихологическая синдромология непсихотических психических расстройств юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013, № 12, с.19–25.
5. Попович У.О. Эндогенные приступы с ипохондрическими бредовыми идеями в юношеском возрасте – особенности клиники и психопатологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014, № 1 (2), с.

6. Каледа В.Г., Лебедева И.С., Бархатова А.Н., Омельченко М.А., Голубев С.А., Сидорова М.А. Динамика нейрокогнитивных аномалий у больных с первым приступом юношеского эндогенного психоза // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 11. – С. 21–27.

Полтаев В.В., Котеняткина А.А.

СДВГ как следствие дисфункциональных объектных отношений в микро- и макросоциуме

*Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии КРСУ,
Бишкек, Кыргызская Республика*

Этиология, диагностика и лечение синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) были предметом активных дебатов и споров по меньшей мере с 1970-х годов. По многим причинам СДВГ остается одним из самых противоречивых психических расстройств, несмотря на то что он является реальным медицинским диагнозом [МКБ-10, раздел F 90.0 ADHD]. Главными предметами противоречия являются вероятная гипердиагностика СДВГ, назначение стимулирующих средств детям (стимуляторы амфетаминового ряда) и методы, используемые при диагностировании и лечении СДВГ, а также немалое сопротивление оказывается со стороны родителей и опекунов, которые в большинстве случаев отрицают наличие заболевания у своего ребенка, ссылаясь на недостаточность данных, противоречивые критерии диагностики, страх беспричинного «навешивания социального ярлыка» на своего ребенка. Многочисленные исследования по выявлению причин СДВГ как следствия ухудшения экологической ситуации, инфекционного поражения плода во время беременности, медикаментозного действия на плод, иммунологической несовместимости по резус-фактору, хронических заболеваний матери, генетической предрасположенности, органических повреждений мозга и статически наиболее часто фиксируемых причин – родовых осложнений (гипоксия, неправильное предлежание плода, обвитие пуповиной), по данным ВОЗ, являются недостаточными, что свидетельствует об актуальности изучения данного вопроса. Не затрагивая маргинальные теории, влияние микро- и макросоциума на возникновение СДВГ исследовал Andreas Meyer-Lindenberg, считавший «СДВГ как признак враждебности общества по отношению к мужскому полу и как посягательство на институт семьи», Dr. Thomas Armstrong исследовал стигматизацию общества по отношению к «нейромногообразным детям», Andrea Kronis одна из первых в 2003 году начала исследования о влиянии семейных отношений как на течение

ние заболевания, так и на его возникновение. Российские ученые в 2006 году подтвердили целевые задачи Andrea Kronis, выявив, что особенности семейного воспитания, индивидуально-типологические свойства матерей влияют на развитие СДВГ у детей, способствуя его усилению. Однако практически значимым остается исследование особенностей течения заболевания: дезадаптивных форм поведения, изменение психологических процессов у диагностируемых детей, тяжесть последствий и причин возникновения.

Цель: Изучить феномен СДВГ как следствие дисфункциональных объектных отношений в микро- и макросоциуме.

Задачи:

1) Идентифицировать преобладающие психические процессы, способствующие формированию дезадаптивных форм поведения,

2) Изучить этно-культуральные факторы с позиции формирования феномена СДВГ как оптимизирующего фактора, способствующего процессу дифференциальной диагностики,

3) Разработать модель оценки тяжести феномена СДВГ с учетом прогноза последствий.

Материал и методы исследования: Для решения поставленных задач было исследовано 14 пар «мать – ребенок» (возраст детей 6–14 лет) с учетом порядка рождения ребенка и этнической принадлежности.

Критерии включения: репрезентативный возраст (больше 5), верифицированный диагноз СДВГ; обучение ребенка в школе по общеобразовательной программе.

Критерии исключения: несоответствие вышеуказанным критериям.

Методами исследования являлись: полуформализованное интервью, шкала анализа семейных взаимоотношений Э. Г. Эйдемиллера; стандартизованные шкалы по оценке тревоги Спилбергера-Ханина и депрессии Цунга, Оценочная шкала СДВГ (для родителей и педагогов), Методика Айзенка по определению типа темперамента.

Результаты и их обсуждение: Семьи-респонденты в процентном соотношении разделились следующим образом: большинство семей принадлежало к славянской группе – 43%, практически одинаковый процент пришелся на азиатскую и смешанную (метисованную) этнические группы – 28 и 29% соответственно. В ходе исследования было выявлено, что 86% детей были средними или единственными в семье по порядку рождения, что в свою очередь показательно обуславливало максимально высокую гиперпротекцию (Г+). У 86% опрошенных семей, наряду с этим высокие показатели недостаточности запретов (З-) у 93% семей и недостаточности обязанностей (Т-) у 72. В 29% случаев матери испытывали воспитательную неуверенность (ВН), 36% отдавало предпочтение детским качествам (ПДК),

рассматривая ребенка как «еще маленького». У 50% пар «мать – сын» выявлено предпочтение матерью женских качеств (ПЖК) у ребенка.

Среди индивидуально-типологических свойств у ребенка выявлен высокий показатель личностной тревожности у 86% детей; отличительной особенностью стало возрастание уровня депрессии с возрастом, что доказывает отсутствие депрессии среди группы детей в возрасте 6–9 лет (71%) и появление легкой депрессии у детей возрастной группы 10–14 лет (28%). У 86% детей наблюдался высокий уровень нейротизма, причем показатель достоверно возрастал в зависимости от возраста ребенка ($p < 0,01$).

По результатам корреляционного анализа была обнаружено, что с повышением уровня отсутствия запретов (З-), недостаточности требований (Т-) повышается и уровень предпочтения детских качеств у своего ребенка (ПДК) ($r=0,879$ и $r=0,682$ $p < 0,01$).

Неустойчивость воспитания обуславливала предпочтение женских качеств, особенно в парах «мать – сын» ($r=0,700$ $p < 0,01$). Так, при наличии предпочтения женских качеств наблюдается неосознанное неприятие в подростке атрибутов мужского пола. Предпочтение мужских или женских качеств в ребенке обуславливает формирование таких типов воспитания, как потворствующая гиперпротекция или эмоциональное отвержение.

Выяснилось, что высокая ситуативная тревожность детей находится в прямой зависимости с показателем неразвитости родительских чувств (НРЧ) ($r=0,705$ $p \leq 0,001$), недостатком запретов (З-) ($r=0,748$ $p < 0,01$), недостатком требований (Т-) ($r=0,664$ $p < 0,01$).

Обратная зависимость наблюдается по отношению к нейротизму, так, высокий уровень нейротизма обуславливает понижение показателя игнорирования потребностей ребенка ($-0,732$ $p < 0,01$), а высокий показатель личностной тревоги коррелировал с показателем предпочтения мужских качеств ($r=-0,801$ $p < 0,01$).

Выводы:

- Воспитание, характеризующиеся абсолютным отсутствием запретов со стороны родителей и вседозволенностью, стимулирует развитие гипертимного типа характера у подростка, в частности неустойчивого типа. Создавая потворствующую гиперпротекцию, происходит стимулирование развития психического инфантилизма, характеризующегося демонстративными (истероидными) и гипертимными чертами характера у ребенка.

- Динамика нарастания с возрастом аффективных сдвигов тревожно-депрессивного спектра, имеющая сильную корреляционную зависимость с факторами семейных взаимоотношений, позволяет судить о поведенческих нарушениях как о личностной реакции ребенка на процессы коммуникации и адаптации в социуме.

Попович У.О.

Психопатологические особенности приступов с ипохондрическим бредом в юношеском возрасте

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Высокая частота встречаемости ипохондрических расстройств бредового уровня при эндогенных приступообразных психозах в юношеском возрасте, необходимость дополнительного детального изучения их клинико-психопатологической структуры и прогностической роли с учетом возрастной атипичности, а также вопросы нозологического разграничения определяют необходимость и значимость отдельного специального исследования этих состояний.

Целью настоящего исследования является выявление клинико-психопатологических особенностей и разработка типологии эндогенных психотических приступов с ипохондрическими расстройствами бредового уровня в юношеском возрасте.

Материал и методы исследования: Клинико-психопатологическим методом были обследованы 57 больных юношеского возраста (16–25 лет), мужского пола с ипохондрическими расстройствами бредового уровня в структуре эндогенного приступообразного психоза (F20, F25). У 31 изученного больного ипохондрический бред формировался в структуре первого приступа, у 26 – повторного приступа.

Результаты: В результате проведенного исследования были выделены четыре психопатологических типа приступов, в структуре которых отмечались ипохондрические бредовые идеи.

Депрессивно-ипохондрические приступы (I тип – 28% наблюдений, 16 б-х). Манифестации приступа предшествовало формирование депрессивно-ипохондрического симптомокомплекса, в структуре которого ипохондрические расстройства носили сверхценный характер. На данном этапе нередко возникали локализованные сенесталгии. Дальнейшая динамика приступа характеризовалась формированием на фоне устойчивого депрессивного аффекта ипохондрического бреда с малой идеаторной разработкой с присоединением несистематизированных идеи отравления и угрозы жизни. Выход их психоза был достаточно гармоничным, обнаруживалась отчетливая тропность редукции депрессивных проявлений и ипохондрических бредовых идей. Характерным для этапа становления ремиссии был субдепрессивный аффект с выраженными астеническими и когнитивными расстройствами, сходными с таковыми на инициальном этапе. После выписки из стационара достаточно быстро восстанавливались адекватные социальные и учебные навыки, ремиссия отличалась хорошим качеством.

Сенесто-ипохондрические приступы (II тип – 31,6% наблюдений, 18 б-х). Ипохондрический бред при данном типе приступов формировался на фоне длительно существующих сенестопатий. На инициальном этапе больные фиксировались на висцеральных «парестезиях», что сопровождалось формирующейся и углубляющейся гипотимией с тревожным радикалом в качестве ведущего. В дальнейшем сенестопатии приобретали характер постоянных болезненных ощущений различной степени интенсивности, отличались широким спектром проявления. Отсутствие верификации соматогенной патологии приводило к убежденности в наличии серьезного соматического заболевания. Формирование ипохондрических идей бредового уровня происходило на фоне усиления интенсивности сенестопатических расстройств, иногда доходящих до «сенестопатических кризов». На этом этапе заболевания отмечался депрессивный аффект с ощущением «фатальности процесса» и формированием деперсонализационных расстройств. Ипохондрическая бредовая система часто получала расширение по типу бредовой ретроспекции. Фабула ипохондрических переживаний чаще была вычурной, необычной, больные своеобразно объясняли механизмы возникновения заболевания, ограничиваясь общими пояснениями, обусловленными локализацией сенестопатий. Выход из приступа характеризовался постепенной дезактуализацией бредовых ипохондрических идей, редукцией сенестопатий и стабилизацией фона настроения. Критика к перенесенному состоянию в большинстве случаев оставалась формальной либо частичной.

Параноидные приступы с ипохондрическим бредом (III тип) отмечались в 24,6% наблюдений (14 б-х). В структуре данных приступов отмечалось различное соотношение параноидной симптоматики и ипохондрических бредовых идей. Ипохондрический бред мог существовать изолированно от параноидной бредовой фабулы (IIIА подтип, 6 б-х). В таком случае инициальный этап характеризовался преобладанием депрессивного аффекта с соматогенными провокациями, формированием стойких элементарных сенестопатий и ипохондрическими идеями сверхценного уровня, на высоте тревоги достигающих бредового. Сенестопатии оставались на уровне «элементарных» на протяжении всего приступа, на высоте психоза сенестоипохондрическая симптоматика смещалась за фасад параноидной и вновь актуализировалась по мере редукции последней. Выход из психоза был литическим: на фоне постепенной редукции сенестопатий бредовые ипохондрические идеи приобретали характер сверхценных, аффективные расстройства проявлялись субдепрессией с явлениями астенизации. Если ипохондрический бред развивался в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо (IIIБ подтип, 8 б-х) манифестация приступов происходила аутохтонно. На инициальном этапе не отмечалось дисморфофобической, се-

нестопатической, сверхценной ипохондрической симптоматики. В общей структуре бредовых переживаний ипохондрический бред был неразрывно связан с иной бредовой тематикой (отравление, заражение, воздействие). Сенестопатии были «истинными», носили характер «деланности», проделывали динамику в сторону усиления. Выход из психоза постепенный – с редукции сенестопатий на фоне длительно сохраняющихся резидуальных бредовых идей воздействия, а также ипохондрического содержания.

Полиморфные приступы (IV тип – 15,8% наблюдений, 9 б-х) характеризовались присутствием широкого спектра психопатологических компонентов и их динамичностью. Инициальный этап заболевания не обнаруживал высокую встречаемость сенесто-ипохондрической или дисморфофобической симптоматики. Манифестация происходила критически, с формированием бредовых идей преследования, воздействия, далее отмечалось присоединение всех видов психических автоматизмов. Обманы восприятия были нестойкими, характеризовались сосуществованием истинного и псевдогаллюциноза комментирующего и императивного характера с фантастической фабулой переживаний, на высоте состояния отмечались кататонические расстройства различной степени выраженности. Доминирующим психопатологическим симптомокомплексом становилось бредовое убеждение в оказываемом воздействии извне, осуществляемого с целью причинения вреда здоровью, оно же становилось основанием для формирования ипохондрической фабулы. Аффективные колебания тяготели к полюсу гипертимии. Ипохондрический бред отличался быстрым расширением, всесторонней охваченностью, носил диффузный характер, тематически переплетался с идеями овладения, преследования. Телесные сенсации приобретали свойства тактильных галлюцинаций, висцерального галлюциноза, отличалась нелепым, вычурным содержанием. На высоте состояния отмечались три случая бреда Котара. Выход из приступа происходил постепенно, стабилизация аффекта – через гипоманиакальное состояние, характеризовавшиеся легковесностью суждений, инфантильно-эгоцентрическими установками, становящимися доминантой поведения, сменяющееся у ряда больных субдепрессией с когнитивными нарушениями, «вспышками» немотивированной тревоги, соматическими и астеническими жалобами.

Обсуждение: В процессе проведенного исследования был установлен высокий полиморфизм приступов с ипохондрическим бредом при эндогенном приступообразном психозе в пределах юношеского возраста. При I, II IIIA типе приступов отмечался интерпретативный механизм бредообразования. В этих случаях ипохондрическая бредовая фабула была неразрывно связана с сенестопатическими расстройствами, соматогенные и психогенные провоцирующие факторы преобладали над аутохтонными, обнару-

живалось накопление селективных личностных черт, коррелирующих с реализацией ипохондрического расстройства (высокая встречаемость психастенических, мозаичных личностей, сенситивных шизоидов). Данным больным, начиная с подросткового возраста, в большинстве случаев была характерна «ипохондрическая настроенность» с готовностью к ипохондрической фиксации на различных телесных ощущениях. Инициальный этап демонстрировал высокую представленность депрессивных, дисморфофобических, сенестопатических, когнитивных и сверхценных ипохондрических расстройств, а также сомато-вегетативной патологии. При IIIБ подтипе и IV типе приступов механизм бредообразования был смешанным (интерпретативный и чувственный). Инициальный этап у данных больных не отличался от аналогичного этапа заболевания у больных юношеского возраста с параноидным и полиморфными приступами по данным проведенных ранее исследований.

Заключение: Выявленные в настоящем исследовании особенности ипохондрических расстройств бредового уровня в структуре эндогенных психотических приступов в юношеском возрасте свидетельствуют как о гетерогенности изучаемого феномена, так и о некоторых особенностях патогенеза, включая особенности инициального этапа, механизмах манифестации и бредообразования, преморбидной структуры личности, что имеет важное значение для своевременной диагностики, прогноза и выработки адекватной терапевтической тактики в этом важном возрастном периоде.

Филиппова Н.В., Антонова А.А., Бачило Е.В., Деева М.А.

Эффективность и безопасность Пантокальцина в комплексной терапии раннего детского аутизма органического и процессуального генеза

*ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»
Минздрава России, Саратов*

Введение: Расстройства аутистического спектра (РАС) являются нарушениями развития и расстройством функций, связанных с созреванием ЦНС. Этот общий термин включает такие состояния, как аутизм, детское дезинтегративное расстройство, синдром Аспергера и синдром Ретта. РАС характеризуются варьирующим сочетанием нарушения способности к социально-коммуникативному взаимодействию с ограниченным стереотипным повторяющимся набором интересов и видов деятельности [2, 8]. В МКБ-10

[4] эти нарушения в настоящее время отнесены к всеобъемлющим нарушениям развития в рамках более широкой категории психических и поведенческих нарушений.

Современные терапевтические схемы при РАС включают наряду с нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами и антиконвульсантами назначение ноотропов с седативным и сбалансированным действием (пантогам, пантокальцин, фенибут, пирацетам, ноотропил, винпоцетин и др.) [1, 7, 9, 10].

Цель исследования: Определение эффективности и безопасности Пантокальцина в комплексной терапии органического и процессуального раннего детского аутизма.

Материалы и методы исследования: Пантокальцин содержит кальциевую соль гопантеновой кислоты и оказывает прямое воздействие на ГАМК-*b*-рецепторно-канальный комплекс, приводя к усилению тормозных процессов в ГАМК-ергических синапсах. Имеются данные о прямом воздействии препарата на дофаминовую, норадреналиновую, серотониновую и глутаматную нейромедиаторные системы. Гопантеновая кислота и ее соли обладают несколькими фармакологическими эффектами, что обусловлено многогранностью механизмов действия этих веществ.

Пантокальцин обладает церебропротективным, ноотропным, противосудорожным и антидиуретическим действием, способствует улучшению метаболизма в клетках и тканях, препятствует развитию гипоксии. Гопантеновая кислота способствует нормализации метаболизма глюкозы в организме, в частности улучшает ее утилизацию в клетках коры головного мозга, гипоталамусе, мозжечке и подкорковых ганглиях. Нормализует обмен нуклеиновых кислот, стимулирует анаболические процессы в клетках головного мозга, в том числе приводит к повышению синтеза АТФ, РНК и белка. Способствует улучшению прохождения эритроцитов в микроциркуляторном русле за счет снижения агрегации тромбоцитов, улучшает кислородное питание нейронов головного мозга, препятствует кислородному голоданию за счет снижения потребности клеток в кислороде в условиях гипоксии. Пантокальцин значительно повышает энергетический обмен путем влияния на метаболизм трикарбоновых кислот, обладает нейропротекторным эффектом.

Гопантеновая кислота улучшает восприятие, память, повышает способность к концентрации внимания. Пантокальцин улучшает интеллектуальную функцию, способствует улучшению усвоения материала и способности к обучению. Препарат хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер, оказывает мягкое седативное действие, приводит к снижению частоты случаев спонтанной двигательной активности, уменьшению гиперактивности. За счет снижения моторной возбудимости и нормализации

проведения нервных импульсов гопантевая кислота оказывает противосудорожное действие [3, 5, 6].

Таким образом, Пантокальцин является средством метаболической терапии с центральным компонентом действия. Эффективность в клинической практике определяется, в основном, способностью сочетать стимулирующую активность в отношении различных проявлений церебральной недостаточности экзогенно-органического генеза с противосудорожными свойствами. Действие Пантокальцина приводит к уменьшению моторной возбудимости с одновременной коррекцией поведения, активизирующим влиянием на работоспособность и активизацию когнитивных процессов.

В ходе данного исследования Пантокальцин получали 60 пациентов с ранним детским аутизмом (РДА), из них 27 детей с процессуальным РДА (1 группа) и 33 ребенка с РДА органического генеза (2 группа) по стандартной схеме: внутрь по 0,5 г (2 таблетки) 3 р/день в течение 45 дней.

Эффективность применения Пантокальцина у пациентов с РДА оценивалась по шкале общего клинического впечатления (CGI), отражающей суммарные данные, слагаемые из разновекторно направленного воздействия препарата на отдельные психопатологические проявления раннего детского аутизма. Регистрация побочных эффектов проводилась с использованием шкалы Treatment Emergent Symptom Scale (TESS). Оценка по шкалам осуществлялась до начала терапии, а также каждые 7 дней на протяжении всего терапевтического курса.

Все показатели рассчитывали по общепринятым формулам с использованием компьютерной программы Microsoft Excel (Версия 10) и статистического пакета Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение: До начала терапии у всех детей отмечались в той или иной степени выраженные астенические, церебрастенические и психоорганические расстройства: эмоциональная неустойчивость, слабодушие, сенсорная гиперестезия, физическая и психическая истощаемость, головные боли и головокружения, снижение мнестических функций. Наибольшую выраженность у пациентов 1 группы имели церебрастенические проявления, являющихся осевыми в клинической картине. Наблюдались также умеренные аффективные (депрессивные) расстройства и нарушения сна.

Терапевтический эффект по окончании терапии Пантокальцином был оценен у 12 больных (44,4%) в группе детей, страдающих процессуальным РДА, и у 31 (93,9%) в группе детей, страдающих органическим РДА, как «значительное и/или умеренное улучшение». Только в 2 случаях (7,4%) у пациентов 1 группы были получены результаты, которые были определены как «без изменений» или «ухудшение».

Общая выраженность психопатологических расстройств уменьшилась на 63,9%, составив к 45 дню терапии 37,1% от болезненных расстройств, наблюдаемых до приема Пантокальцина у пациентов 2 группы. У пациентов 1 группы выраженность заболевания уменьшилась на 57,4%, составив к 45 дню терапии 42,4% от всех проявлений болезни.

Общее улучшение, наблюдаемое при лечении Пантокальцином у пациентов 2 группы, было оценено в 55% (45% остаточных явлений), а пациентов 1 группы в 51,5% (48,5% остаточных явлений).

Следует отметить, что после 30 дня терапии были получены статистически достоверные показатели при оценке состояния больных по выраженности заболевания ($p < 0,05$) и общего улучшения ($p < 0,01$). Данные психометрических тестов выявили, что в более чем половине случаев у пациентов обеих изучаемых групп произошло увеличение как объема кратковременной памяти, так и отсроченного воспроизведения. Показатели когнитивного функционирования достоверно улучшились у пациентов с органическим РДА по сравнению с аналогичными показателями страдающих процессуальным аутизмом детей.

При анализе данных динамики отдельных психопатологических признаков, наблюдаемых у больных, получавших Пантокальцин, была отмечена различная интенсивность нормализации учитываемых признаков. Так, например, к 10 дню терапии статистически достоверно ($p < 0,01$) у пациентов с органической формой РДА уменьшилась выраженность аффективных и астенических расстройств.

Наибольшая редукция психопатологических симптомов была отмечена у пациентов, страдающих органическим РДА по шкале психовегетативных расстройств. У пациентов с процессуальным РДА непосредственно астенические расстройства и дистимические нарушения подвергались снижению в меньшей степени.

В группе детей, страдающих процессуальным ранним детским аутизмом, на фоне применения Пантокальцина также отмечена положительная динамика со стороны речи, самообслуживания, внимания, хотя и менее выраженная, чем при органической форме РДА.

Таким образом, результаты продолжительного (45 дней) применения Пантокальцина свидетельствуют о его высокой терапевтической активности, наиболее выраженной у пациентов, страдающих органическим РДА.

В процессе терапии Пантокальцином были выявлены побочные эффекты, характерные для препаратов со стимулирующими свойствами. Наиболее часто (45% в первой и 39% во второй группах) отмечены явления гиперстимуляции, которые, однако, не требовали отмены препарата и редуцировались самостоятельно в процессе проводимой терапии.

В ходе исследования было установлено, что Пантокальцин обладает специфическим «медленным» компонентом действия – ноотропным, а также неспецифическими «быстрыми» эффектами – транквилизирующим и психостимулирующим.

Выводы: Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено, что препарат Пантокальцин является эффективным средством для коррекции психических и когнитивных расстройств у пациентов с РДА как органического, так и процессуального генеза. В результате использования данного препарата отмечается статистически достоверное улучшение процессов запоминания, воспроизведения и продуктивности мышления к 45 дню терапии. Отмеченные побочные эффекты не требуют отмены препарата и редуцируются в процессе проводимой терапии.

Список литературы:

1. Башина В.М., Козлова И.А., Ястребов В.С., Симашкова Н.В. и др. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме: методические рекомендации. Минздрав СССР. – М., 1989. – 26 с.
2. Башина В.М., Симашкова Н.В. Аутизм в детстве. // В.М. Башина. Лечение и реабилитация. – М.: Медицина, 1999. – С. 171–206.
3. Воронина Т.А. Фармакология ноотропов. – М., 1989. – С. 8–19.
4. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 303 с.
5. Пантогам в клинике нервно-психических заболеваний детского возраста (пособие для врачей). – М.: Минздрав РФ, МНИИ психиатрии, 2000. – 28 с.
6. Регистр лекарственных средств России. РЛС. Энциклопедия лекарств. – М.: РЛС-МЕДИА, 2010. – С. 300, 686.
7. Симашкова Н.В. Эффективная фармакотерапия и реабилитация больных с расстройствами аутистического спектра. // Неврология и психиатрия. – 2011. – № 3. – С. 14–22.
8. Тиганов А.С., Башина В.М. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве. // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105. – № 8. – С. 4–13.
9. Шапошникова А.Ф. Медикаментозное лечение при детском аутизме. // Аутизм и нарушения развития. – 2008. – № 3. – С. 43–48.
10. Campbell M., Schopler E., Cueva J., Hallin A. Treatment of autistic disorders. // Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry. - 1996. - Vol. 35. - P. 134-143.

Худина Ю.С., Дмитриев М.Н.

Особенности поведенческих расстройств у учащихся школ

ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Актуальность: Уже в 19 веке впервые появились описания детей, у которых поведение было нестабильным, а кроме поведения страдала и сфера, ответственная за психомоторное возбуждение. В настоящее время расстройство подобного характера в детском возрасте носит название синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и представляет собой целый спектр гиперкинетических и поведенческих расстройств, согласно МКБ-10. Существующие на сегодняшний день исследования, как зарубежного, так и российского научных сообществ, выявили достаточно широкий диапазон встречаемости данного вида расстройства 2–28%. Ранее полагали, что СДВГ встречается только у детей, но в последние десятилетия появились данные о проявлениях этого расстройства и у взрослых, причем процент возникновения колеблется от 1,5 до 5%. Проблема детей с СДВГ достаточно актуальна, поскольку он является одним из значимых факторов дезадаптации на ранних этапах жизни ребенка, его семьи и школьного коллектива.

Цель: В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования являлось выявление распространенности СДВГ у учащихся младшей школы и среднего звена, до достижения ими 14-летнего возраста, выделение отдельных составляющих СДВГ и анализ гендерных отличий.

Задачи:

1. Выявление спектра изменений, характерных для СДВГ у школьников.
2. Определение показателей уровня встречаемости и ведущих синдромов, выявленных по анкетированию родителей и учителей.
3. Сравнение гендерных различий по синдромальным формам среди выявленного спектра изменений.

Материалы и методы: Методом анкетирования изучали мнение родителей (опекунов) и учителей о поведенческих и психических нарушениях у учеников младшей школы и среднего звена общеобразовательных школ. Предварительно законные представители подростков дали письменное информированное согласие на проведение исследования и обработку данных. Анкетирование осуществляли по стандартизированному опроснику Вандербильта для анализа спектра нарушений при СДВГ. Исследовали следующие его составляющие: дефицит внимания (ДВ), гиперактивность (Г), импульсивность (И), реакции оппозиции/протеста (РО). Кроме этого, использовался тест Янга для детей на выявление скрытой гипомании. В опросе приняли участие 70 семей школьников и их учителя.

Результаты и их обсуждение: Положительные результаты по опроснику Вандербильта и прилагаемому тесту Янга выявили у 21 человека (30% от общего количества), из них мальчиков (М) – 13 (36,11% от гендерной группы) и девочек (Д) – 8 (23,53% от гендерной группы). ДВ был выявлен у 15 человек (21,43%), из них 10 М (27,78%) и 5 Д (14,71%). Г и И были суммарно выявлены у 9 человек (12,86%), из них 7 М (19,44%) и 2 Д (5,88%). РО были выявлены в трех вариациях – легкие, средней тяжести и тяжелые – у 11 человек (15,71%), из них 6 М (16,67%), 5 Д (17,65%). Легкая гипомания была выявлена у 10 человек (14,28%), из них 7 М (19,44%) и 3 Д (8,82%). Из этих 10 человек у 3 легкая гипомания (4,28% от общего) была самостоятельным состоянием, а у 7 (10% от общего количества) была сопряжена с какой-либо составляющей из опросника Вандербильта или несколькими из них.

Сочетание нескольких вариантов расстройств, а именно ДВ + РО, было у 2 человек (2,86%), из них 1 М (2,77%) и 1 Д (2,95%); в то же время сочетание ДВ + Г/И у 3 человек (4,28%), все М (8,33%). Совокупность всех профилей СДВГ: ДВ, Г/И, РО выявили у 6 детей из 70 обработанных анкет (2,86%), из них 4 М (11,11%) и 2 Д (5,77%). Именно это сочетание оказалось значимым в совокупности ответов между учителями и законными представителями – в 3 случаях из 6 ответы учителей и законных представителей совпали по количеству баллов с незначительными отклонениями. Анализируя ответы учителей и законных представителей, нами было сформировано мнение об установочных стереотипах ответов: родители преимущественно преуменьшали выраженность проявлений, характерных для СДВГ у детей, в то время как учителя утрированно подчеркивали проявления и недостатки ребенка, мотивируя данный факт возможным наличием заболевания.

Сочетание ДВ + гипомания было выявлено у 2 человек (2,86%), оба М (5,56%). В свою очередь РО + гипомания было выявлено также у 2 человек (2,86%), из них 1 М (2,78%) и 1 Д (2,94%). Были выявлены сочетания ДВ + Г/И + гипомания (1 человек в выборке (1,43%), 1 М (2,78%) и ДВ + РО + гипомания (1 человек в выборке (1,43%), 1 М (2,78%). Совокупность всех профилей СДВГ + гипомания была выявлена в 1 случае (1,43%), 1 Д (2,84%).

Необходимо отметить, что профили СДВГ имели проявления, характерные для легкой, средней тяжести и тяжелой форм, что имеет важное место в коррекции возникших профилей и является предиктором определения профиля специалиста, который будет заниматься с данным ребенком (научная литература настаивает на том, чтобы легкие формы изменений являлись задачами для коррекции у школьных психологов и педагогов, психотерапевтов, а более весомые – уже корректировались комплексно: и

психологически, и медикаментозно). Полученные нами данные также свидетельствуют о том, что здоровые дети в большинстве своем лучше справляются со школьной нагрузкой, чем дети, у которых по результатам тестирования были выявлены отклонения, характерные для того или иного проявления спектра СДВГ.

Выводы:

1. У значительного числа школьников – каждого третьего – методом опросника Вандербилта обнаружили признаки, характерные для спектра расстройств СДВГ.

2. У большей части детей с выявленными нарушениями преобладали отдельные формы СДВГ. Наиболее частыми были в то же время уровни ДВ и гипомании, реже встречались Г/И и РО.

3. В выявленных отдельно формах ДВ, Г/И, РО имелись достаточно четкие различия, согласно которым, выявленные нарушения у М доминировали над нарушениями у Д. При анализе данных получили соотношение по ДВ М : Д как 2:1, а Г/И в свою очередь 3,5:1, РО 1:1, по гипомании близкое как 2:1. Все полученные результаты по гендерным различиям при разных формах СДВГ оказались близки по процентным характеристикам к данным проанализированной литературы.

4. На усиление значимости данного поведенческого расстройства повлияло выявление школьников, у которых отмечалось сочетание нескольких форм СДВГ.

Щелокова О.А.

Особенности суицидального поведения при первом приступе юношеского эндогенного приступообразного психоза

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Профилактика суицидов была и остается одной из основных задач психиатрии. По данным ВОЗ (2005), суициды находятся на втором месте среди причин смерти лиц в возрасте от 10 до 24 лет в развитых странах, а по данным Госкомстата, в 2013 году в России 28 103 человека совершили самоубийство. Психические заболевания являются одной из основных причин суицидального поведения. Риск суицида в случае психического заболевания в 8 раз выше, чем по популяции в целом, и по разным данным, от 5 до 13% больных эндогенными психозами умирают от суицида [Palmer В. et al., 2005; Pompili М., 2006, Hawton К. et al., 2007]. При этом, по мнению многих

авторов, наибольший вклад в структуру суицидальной смертности вносят суициды, ассоциированные с первым приступом болезни и постпсихотическим периодом после него [Qin P., Nordentoft M., 2005; Melle L., Johannessen J.O., Friis S. et al., 2010; Large M. et al., 2011]. Значительное количество исследований посвящено различным аспектам суицидального поведения, в том числе и его возрастным особенностям [Spirito A., Brown L., Overholser J. et al., 1989; Beautrais A., 2003; Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A., 2006; Daniel S., Goldston D., 2009], преимущественно в детском и подростковом, а также в старческом возрасте [Beautrais A., 2000; de Wilde E., 2000; Gould M., Kramer R., 2001; Gould M., Greenberg T., Velting D. et al., 2003]. Меж тем, несмотря на его существенную специфику, юношеский возраст по большей части остался вне поля зрения исследователей [Appleby L., Cooper J., Amos T., Faragher B., 1999; Houston K., Hawton K., Shepperd R., 2001]. Юношеский возраст накладывает существенный отпечаток на клинику психических заболеваний [Цуцурьковская М.Я., Каледа В.Г., 1998; Тиганов А.С., 2013], в том числе и на суицидальное поведение. Большинство авторов сходится в том, что юношеский возраст и ранее начало заболевания являются одним из факторов риска развития и реализации суицидального поведения, в том числе и в отдаленной жизненной перспективе. Человек в юности сталкивается с вызовами, присущими периоду зрелости, в то время как психические структуры, по сути, сохраняют особенности, присущие подростковому периоду. Это несоответствие создает предпосылки для дезадаптации и вносит дополнительный вклад в суицидальную predisпозицию, особенно в условиях развивающегося психического заболевания, когда еще не сформировавшиеся навыки преодоления жизненных трудностей оказываются дополнительно ослаблены разворачивающимся психопатологическим процессом.

Целью настоящего исследования является выяснение особенностей суицидального поведения на разных этапах первого приступа юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП).

Материал и методы: В исследование были включено 50 больных юношеского возраста (16–25 лет) мужского пола, с первым приступом ЮЭПП (F20, F25), поступившие в клинику отдела по изучению эндогенных приступообразных психозов и аффективных состояний НЦПЗ в период с 2009 по 2013 г. По результатам комплексного клинико-психопатологического и психометрического обследования с применением Модифицированной шкалы суицидальных мыслей (ISST), а также ретроспективного анализа медицинской документации была выделена группа из 23 пациентов (1 группа) с высоким уровнем суицидальности (баллы по шкале ISST > 13, персистирующая суицидальная идеация с активным желанием умереть и разработкой плана суицидальной попытки, совершение суицидальной попытки непосредственно

перед госпитализацией и в течение стационарирования). Юноши с первым приступом без суицидальной идеации, поступков, намерений на момент обследования (2 группа) рассматривались как контрольная группа (n=27 чел.).

Результаты и обсуждение: В процессе проведенного исследования было установлено, что пациенты двух сравниваемых групп имели отчетливые различия по целому ряду показателей. По анамнестическим данным, в 2 случаях в 1 группе имели место суициды среди близких родственников, в одном случае – суицид близкого друга обследуемого, в контрольной группе – суицид среди ближайшего окружения отмечался в единственном случае. Среди пациентов, проживающих с родителями, в 1 группе чаще отмечались конфликтные или дистантные отношения с близкими, а также во всех случаях в анамнезе имело место депрессивное состояние, вызвавшее временное снижение в социальной и учебной адаптации (оценивалось ретроспективно по результатам беседы с пациентом и родственниками, в трех случаях имелись документальные подтверждения обращений к детским психиатрам и неврологам по поводу депрессивного состояния), в то время как в группе сравнения депрессивные состояния в анамнезе отмечались в 30% (8 чел.) случаев. Степень выраженности психотической симптоматики (оценивалась по шкале PANSS) не отличалась в обеих группах. В 1 группе отмечалась относительно большая интенсивность галлюцинаторных расстройств, тем не менее вербальные галлюцинации императивного содержания были примерно одинаково представлены в обеих группах. Бредовые идеи вины, греховности, самообвинения были нехарактерны для изученной выборки в целом и встречались лишь в 12% (6 чел.). Среди больных 1 встречались бредовые идеи ипохондрического содержания (в 3 случаях, 13%), а также бредовые идеи моральной дискредитации (4 случая, 17,4%). Следует отметить, что во всех наблюдениях данная тематика бредовых переживаний вызывала выраженный эмоциональный дистресс, сопровождалась высокими уровнями по шкале безнадежности Бэка и оценивалась самими пациентами как непосредственный мотив суицидальной интенции.

Уровень выраженности депрессивных расстройств был выше в 1, что совпадает с многочисленными литературными данными. Оценка по шкале общей психопатологии PANSS по пункту 6 (депрессия) составляла от 5 до 7 баллов. При оценке депрессии по шкале Гамильтона (HDRS) у 65% исследованных выявлена тяжелая депрессия (19–22 балла); у 35% – депрессия средней степени тяжести (14–18 баллов). Во 2 группе критериям тяжелой депрессии соответствовали 8 чел. (30%), депрессии средней степени тяжести – 26% (7 чел.). В целом в этой группе отмечалась меньшая степень выраженности депрессии и более низкие результаты по субшкале тревоги.

При феноменологическом анализе были выделены три взаимопересекающихся типа суицидального поведения. Первый тип, который можно условно обозначить как аффект-ассоциированный (48%, 11 чел.), непосредственно связан с расстройствами депрессивного спектра, при котором безнадежность как непосредственную мотивацию суицидального поведения можно рассматривать как часть депрессивной симптоматики. При втором типе, обусловленном преимущественно наличием психотической симптоматики (30%, 7 чел.), непосредственным побуждением к суицидальному поведению служило содержание психотических расстройств, вызывающее выраженный дистресс и сопровождающееся чувством неразрешимости суицидогенного конфликта. При третьем типе суицидальности основную роль играли сформировавшиеся в преморбиде особенности личностного реагирования, когда психоз с его содержанием преимущественно имел значение очередного непреодолимого жизненного препятствия. Во всех случаях суицидальное поведение развивалось на фоне депрессивных расстройств разной степени тяжести.

Небольшой размер исследуемой выборки не позволил обнаружить статистически достоверные ассоциации с предполагаемыми факторами риска, однако имели место следующие тенденции: первый тип ассоциировался с более высоким уровнем образования, меньшей выраженностью бредовых и галлюцинаторных расстройств, представленных среди прочего идеями вины и самообвинения, выраженным страхом дальнейшей психической дезинтеграции и большей степенью критической оценки последствий психоза для дальнейшей жизни; второй тип преимущественно наблюдался при большей степени тяжести психоза, отмечалась низкая критичность, худшая переносимость терапии, большая степень выраженности тревоги и акатизии. При третьем типе наибольшую значимость приобретали конфликтные межличностные отношения, эмоционально-отчужденный стиль взаимоотношений в родительской семье, черты импульсивности в поведении.

Приоритетным направлением дальнейших исследований представляется выявление особенностей преморбидной структуры личности больных ЮЭПП с суицидальным поведением, а также критических этапов в развитии психоза для формирования суицидального поведения.

Таким образом, можно предположить, что суицидальное поведение в юношеском возрасте сочетает в себе особенности, присущие периоду adolescence и зрелости. Предсказание и оценка суицидальности при ЮЭПП остается сложной задачей, юношеский возраст, период манифестации заболевания привносит дополнительные трудности, однако высокий риск неблагоприятных исходов делает необходимым продолжение исследований в этой области.

V Раздел: «СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ»

Александрова А.С.

Особенности распространенности психических и поведенческих расстройств в Тверской области

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА» Минздрава России, Тверь

Актуальность: В настоящее время психическое здоровье относится к числу наиболее серьезных проблем, стоящих перед современным обществом. Психические расстройства – вторая (после сердечно-сосудистых заболеваний) по значимости причина бремени болезней [1]. На их долю выпадает 19,5% всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности [1]. Распространенность психических и поведенческих расстройств в Российской Федерации составляет более 4 миллионов человек, или 2 951,0 на 100 000 человек населения, заболеваемость – 357,1 на 100 тыс. населения [1, 3, 4]. В Тверской области данные показатели превышают средние по Российской Федерации [2, 5, 6]. Так, в 2011 году число обратившихся за помощью в психоневрологические учреждения в Тверской области составило – 3 995,7 на 100 тыс. населения. В этой связи представляет интерес более углубленное изучение данных распространенности психических и поведенческих расстройств на примере одного из крупных районов Тверской области, отражающего общие тенденции. Психиатрическая служба при ЦРБ г. Вышний Волочек, созданная в 1956 году, является одной из наиболее развитых в области по охвату населения различными видами психиатрической помощи.

Целью настоящего исследования является анализ первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированными амбулаторной психиатрической службой Вышневолоцкой ЦРБ за период 2002–2011 гг.

Материалом для исследования послужили данные из годовых отчетов за 2002–2011 гг. по Форме 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения».

Результаты и их обсуждение: Число заболеваний психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированными впервые в жизни в 2011 году, составило 188 человек (0,24% всего населения). За исследуемый период наблюдается уменьшение этого показателя в 1,38 раза (2002 г. – 336,7;

2011 г. – 243,2 на 100 тыс. населения). Из общего числа впервые выявленных больных большинство составляют лица в возрасте 0–14 лет (2002 г. – 139,2; 2011 г. – 84,6 на 100 тыс. населения), далее в порядке уменьшения – лица 20–39 лет (2002 г. – 55,0; 2011 г. – 47,9 на 100 тыс. населения); 60 лет и старше (2002 г. – 53,9; 2011 г. – 36,2 на 100 тыс. населения); 18–19 лет (2002 г. – 50,5; 2011 г. – 31,0 на 100 тыс. населения); 40–59 (2002 г. – 22,4; 2011 г. – 25,9 на 100 тыс. населения); 15–17 лет (2002 г. – 15,7; 2011 г. – 18,1 на 100 тыс. населения). Среди пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства преобладали лица мужского пола (2002 г. – 61,7%; 2011 г. – 63,6% мужчины). Вместе с тем показатель первичной заболеваемости среди мужчин в 1,3 раза превышал аналогичный показатель среди женщин. В 2011 году в структуре заболеваемости большинство составляли лица с непсихотическими расстройствами – 73,6% (из них 35,5% – с органическими непсихотическими расстройствами, 30,5% – с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, 23,5% – непсихотическими расстройствами детского и подросткового возраста); 21,4% приходится на лиц с умственной отсталостью (из них 79,9% – больные с легкой умственной отсталостью) и 5% на лиц с психозами и состояниями деменции (из них больные органическими психозами и/или слабоумием – 67,8%, больные шизофренией – 21,3%). В динамике за 2002–2011 гг. выявлены следующие тенденции: преобладали лица с непсихотическими расстройствами, хотя данный показатель несколько снизился – в 1,24 раза (2002 г. – 222,2; 2011 г. – 179,8 на 100 тыс. населения). Наблюдается уменьшение количества впервые в жизни зарегистрированных психотических расстройств и состояний слабоумия – в 5,8 раза (2002 г. – 75,2; 2011 г. – 12,9 на 100 тыс. населения), органических психозов и деменций – в 21,2 раза (2002 г. – 54,9; 2011 г. – 2,6 на 100 тыс. населения), рост заболеваемости шизофренией в 2,3 раза (2002 г. – 3,37; 2011 г. – 7,76 на 100 тыс. населения) и умственной отсталостью в 1,28 раза (2002 г. – 39,3; 2011 г. – 50,5 на 100 тыс. населения). По состоянию на 2011 год заболеваемость психозами органического происхождения и слабоумием минимальна в первых трех возрастных группах; в группах 40–59 лет и 60 лет и старше составляет 4,2 и 8,1 на 100 тыс. населения соответственно. Данные расстройства примерно с одинаковой частотой встречаются у мужчин и у женщин. Число впервые в жизни зарегистрированных случаев шизофрении максимально в возрастной группе 20–39 лет (3,42 на 100 тыс. населения) и 15–19 лет (2,7 на 100 тыс. населения). В старших возрастных группах этот показатель уменьшается – до 1,5 на 100 тыс. населения в возрасте 40–59 лет, и минимален в возрасте старше 60 лет; во всех группах преобладают лица мужского пола (2002 г. – 74,7%; 2011 г. – 74,6% мужчины). Наибольшую долю среди впервые заболевших невротическими, связанными со стрессом и со-

магнотормными расстройствами, составили лица 20–39 и 40–59 лет (85,7 и 78,4 на 100 тыс. населения соответственно); данные заболевания чаще встречаются у женщин – их доля 62,0%. Заболеваемость умственной отсталостью выше в младших возрастных группах: 20,3 на 100 тыс. населения – среди лиц до 14 лет; 24,7 на 100 тыс. населения – у лиц 15–19 лет. В старших возрастных группах этот показатель резко снижается. Отмечается преобладание лиц мужского пола (2002 г. – 75,8%; 2011 г. – 75,4% мужчины).

В структуре заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в 2011 году 55% составляют пациенты группы лечебно-консультативного наблюдения и 45% – группы диспансерного наблюдения (в 2002 г. – 52% и 45% соответственно). В динамике отмечается некоторое снижение заболеваемости в группе диспансерного наблюдения к 2007 году в 1,34 раза, а затем тенденция меняется, и к завершению исследуемого периода отмечается рост показателя в 1,25 раза (2002 г. – 60,23; 2011 г. – 48,1 на 100 тыс. населения). В группе лечебно-консультативного наблюдения также отмечается снижение уровня заболеваемости в 1,2 раза к 2009 году и некоторый рост в дальнейшем (2002 г. – 152,3; 2011 г. – 142,7 на 100 тыс. населения).

Выводы: Таким образом, состояние психического здоровья населения Вышневолоцкого района, исходя из уровня заболеваемости, пока нельзя назвать благополучным, даже на фоне некоторой положительной динамики. Преобладание непсихотических расстройств над психотическими требует усиления службы психотерапевтическими штатами, акцентирования работы на курации больных с пограничными нарушениями психики. Высокие показатели заболеваемости в возрастной группе 0–14 лет требуют самого пристального внимания к развитию детской и подростковой психиатрии. Немало нарушений психики, в т. ч. нерегистрируемых, приходится на долю лиц старческого возраста, низкие показатели заболеваемости неврозами в старших возрастных группах обусловлены низкой обращаемостью. Стабильность удельного веса олигофрении обусловлена высокой выявляемостью на медико-педагогических и призывных комиссиях. Высокий уровень заболеваемости в группе диспансерного наблюдения можно объяснить большей выраженностью психических нарушений у первичных больных. Однако иногда постановка на диспансерный учет недостаточно обоснована, что требует коррекции сложившейся практики в пользу расширения консультативной группы. В современных условиях изменения системы финансирования остаются особенно актуальными задачи по дальнейшей оптимизации и совершенствованию работы психиатрических служб при ЦРБ, укрепления материальной и кадровой базы, а также реструктуризации организационной основы, связанной с приближением психиатрической службы к населению.

Список литературы:

1. Бабин С.М., Случевская С.Ф. Краткий обзор Всероссийской научно-практической конференции «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России», Казань, 13–15.09.2012 [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 3 (20).
2. Гурович И.Я., Голанд В.Б., Сон И.М. и др. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.) // М.: Медпрактика – М, 2007. – 571 с.
3. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. В 2-х т. Т.1.-М. Медицина. 1999. – С. 313–328.
4. Психиатрия. Руководство для врачей в двух томах под редакцией академика РАМН А.С. Тиганова. М.: Медицина, 2012. – I том 807 стр.
5. Чуркин А.А. Эпидемиология психических расстройств // Психиатрия: национальное руководство / Под. ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 88–101.
6. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в России в 2009 году [Электронный ресурс] URL: <http://www.medizdat-press.ru/journals/archive/94/32768/36333>.

Афзалетдинова Д.Х.

Сравнительные клинико-социальные факторы риска насильственных и ненасильственных правонарушений женщин, страдающих шизофренией

Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 МЗ РБ, Уфа

Анализ мировой уголовной статистики неоднозначно свидетельствует о быстрых темпах роста женской преступности, особенно в сфере общественно опасных действий (ООД) (Greenfeld LA, Snell TL, 1999). Растущее внимание к женской преступности, особенно к совершению женщинами мало свойственных им агрессивных криминальных действий, в последние десятилетия обусловило увеличение количества исследований заболеваемости психическими расстройствами правонарушительниц (Baird V. et al., 2003). По данным как отечественных, так и зарубежных криминологов, среди женщин, совершивших противоправные деяния, процент лиц с психическими расстройствами значительно выше, чем среди мужчин. Отечественными исследователями в последнее время проблема общественно опасного поведения женщин с психическими расстройствами исследуется

с учетом гендерного фактора и особенностей клинической картины психических заболеваний (Качаева М.А., 1999; Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Ромасенко Л.В., 2003).

По мнению многих исследователей, наибольший удельный вес психически больных, совершающих ООД, составляют лица, страдающие шизофренией. Несмотря на то что средние показатели заболеваемости у женщин и мужчин различаются мало, специфика шизофрении у женщин не подвергается сомнениям. По результатам эпидемиологического исследования ВОЗ известно, что шизофрения у женщин манифестирует в среднем на 4–6 лет позже, чем у мужчин, а также показатель заболеваемости у женщин в подростковом возрасте ниже, чем у мужчин, однако после менопаузы данное соотношение меняется.

В последние годы в структуре ООД, совершенных психически больными, повысилась доля тяжких деяний против личности. Однако на первом месте по характеру ООД у лиц с психическими расстройствами на протяжении последних лет остаются имущественные правонарушения (Мохонько А.Р., Муганцева Л.А., 2013 г.).

Следует отметить, что до настоящего времени недостаточно исследований, посвященных сравнению агрессивных и неагрессивных форм общественно-опасного поведения при различных нозологических формах психических заболеваний.

Таким образом, сравнительное изучение агрессивных и неагрессивных общественно опасных действий, совершенных психически больными, установление сравнительных клинических и социальных факторов совершения ими ООД будет способствовать совершенствованию критериев для дифференцированного подхода к разработке принципов профилактики и реабилитации, что определяет практическую и научную значимость данного исследования.

Материал и методы: В исследование были включены 130 женщин, страдающих шизофренией, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу и признанных невменяемыми. Из них 82 женщины (1-я группа) совершили насильственные ООД (убийства, нанесение телесных повреждений), а 48 женщин (2-я группа) ненасильственные правонарушения (кражи, мошенничества, незаконный оборот наркотических веществ, оставление в опасности).

Средний возраст в период совершения инкриминируемого деяния в первой группе составил 41,9 года, в группе сравнения – 42,1 года.

При исследовании социальных характеристик женщин установлено, что в первой группе достоверно чаще встречались женщины, ранее не состоявшие в браке – 35% ($p < 0,05$), во второй группе – 18,8%. При этом состояли в браке лишь 6% женщин первой группы и 10,4% второй группы,

большая часть женщин исследованных групп были разведены (38% и 50%). Женщины обеих групп проживали в основном в семье с детьми (35% и 48%) или с родителями (39% и 18,8%). Проявление агрессии, насилия отмечалось преимущественно в семьях женщин, совершивших насильственные правонарушения (28%), среди них каждая третья женщина сама выступала в роли агрессора. Доброжелательные отношения чаще встречались в семьях женщин второй группы (20, 8%, $p < 0,05$), во второй группе – 8,5%. Связь конфликтной ситуации с правонарушением также чаще отмечалась у женщин, совершивших агрессивные правонарушения (49%, $p < 0,01$), тогда как во второй группе такая связь установлена лишь в 6,2% случаев. Несмотря на то что женщины первой группы чаще занимали доминирующее положение в семье – 41,5%, (во второй группе – 25%), они зачастую не справлялись с исполнением родительских обязанностей и в ряде случаев были лишены родительских прав (9,8%), тогда как во второй группе подобные меры в отношении женщин не применялись.

Большинство обследованных женщин имели среднее специальное образование, как в первой (58,5%), так и во второй (72,9%) группе, высшее образование было только у женщин первой группы (8,5%). К моменту совершения правонарушения около половины женщин сравниваемых групп не работали и получали пособие по инвалидности по психическому заболеванию (48,8% и 43,8% соответственно). Примечательно, что у женщин второй группы чаще отсутствовали средства к существованию (25%, $p < 0,01$), тогда как женщины первой группы при отсутствии средств зачастую находились на иждивении у других лиц (19,5%, $p < 0,01$). В первой группе из работавших женщин занимались физическим трудом 12% (во второй группе 6,2%), а умственным трудом только 2,4% (во второй группе 8,3%).

Наследственная отягощенность отмечалась почти у половины обследованных женщин обеих групп (54,6% и 43,7% соответственно). В 24,4% случаев наследственность была отягощена шизофренией в первой группе, во второй – 18,8%, алкоголизмом в 27,8% и 25% соответственно. Большинство пациенток воспитывались в полных семьях (67% и 62,5%). При этом безразличные, эмоционально холодные отношения с матерью в детстве отмечались достоверно чаще у женщин первой группы (14,6%, $p < 0,05$), чем во второй группе (4,2%), а враждебные, с применением физических наказаний отношения с матерью отмечались только у женщин первой группы в 7,3% случаев. Конфликтные отношения с отцом в детстве также чаще отмечались у женщин, совершивших агрессивные правонарушения (17%, $p < 0,05$), во второй группе – 6,3% случаев. В период пубертатного развития почти у всех подэкспертных наблюдалось формирование черт шизоидности (26,8% и 16,7%), эмоциональной неустойчивости (25,6% и 16,7%).

Половое созревание у обследованных женщин в ряде случаев было ранним (7,3% и 2,1% соответственно), либо поздним (3,7% и 2,1%), в некоторых случаях имели место гомосексуальные наклонности (1,2% и 2,1%). Менструальный цикл в ряде случаев у обследованных женщин обеих групп был нерегулярным (26,8% и 4,2%), в 13,4% случаев установлена связь предменструального синдрома с правонарушением у женщин первой группы. Наличие в анамнезе выкидышей, аборт, мертворожденных детей чаще отмечалось у женщин первой группы (34%, $p < 0,05$), во второй группе – 16,7%. Среди женщин, совершивших насильственные ООД, менопауза встречалась чаще (24,4%), чем среди женщин второй группы (12,5%).

Криминальный анамнез имели около трети женщин обеих групп (30,4% и 33,3%). Причем среди прежних правонарушений женщинами первой группы чаще совершались агрессивные действия (22%, $p < 0,05$), во второй группе – 10,4%. Ненасильственные правонарушения ранее чаще совершались женщинами второй группы (27,1%, $p < 0,05$), в первой группе – 13,3%.

Большинство обследованных женщин до совершения ООД состояли на учете в ПНД. Однако 23% женщин первой группы и 10,4% – второй группы ранее не получали лечения. В первой группе наиболее распространенными психопатологическими механизмами совершения ООД из группы продуктивно-психотических механизмов были императивные галлюцинации и автоматизмы (64,6%), бредовая защита (16,7%), бредовая месть (14,3%) и косвенная бредовая мотивация (4,4%). Из группы негативно-личностных механизмов у женщин, совершивших агрессивные ООД, преобладала эмоциональная бесконтрольность (97%). Ведущими синдромами в момент ООД в первой и второй группах были галлюцинаторно-параноидный (46,4% и 10,4%), психопатоподобный (35,3% и 75%) и бредовый (12,2% и 10,5%). В остальных случаях психопатологических расстройств не было (6,1% и 4,1%). В момент совершения правонарушения 30,4% женщин первой группы и 4,2% – второй находились в состоянии алкогольного опьянения. Наркотическое опьянение в момент совершения ООД было установлено лишь у женщин второй группы – 6,3%.

Проведенное исследование показало, что в сравниваемых группах пациенток с шизофренией, совершивших насильственные преступления, преобладали лица с социальной депривацией в детстве, что приводило к тому, что женщины либо не вступали в брак, либо в их семьях отмечалось проявление насилия, а зачастую источником агрессии являлись они сами. Отмечено формирование криминального опыта совершения насильственных преступлений, связь преступления с биологическими периодами женщин. В клинической картине превалировала галлюцинаторно-параноидная и психопатоподобная симптоматика. Основными клиническими факторами

риска являлись: формирование зависимости от алкоголя, при этом часть (30,4%) правонарушений совершались в состоянии алкогольного опьянения, поздняя диагностика психического расстройства, определявшая прогрессиентность заболевания и приводящая к учащению агрессивных форм поведения и совершению агрессивных криминальных действий.

Бачило Е.В., Деева М.А., Филиппова Н.В., Антонова А.А.

Суицидальная активность населения Саратовской области и относительные факторы риска

*ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»
Минздрава России, Саратов*

Целью данной работы является изучение распространенности завершенных и незавершенных суицидов на территории Саратовской области с 2001 по 2010 г., а также оценка влияния значимости уровня безработицы и алкоголизации населения на суицидальное поведение в наиболее неблагополучных районах области.

Материалы и методы: Для проведения данного исследования были использованы специально разработанные анкеты, заполняемые районными психиатрами с 2001 по 2010 г., характеризующие суицидологическую и наркологическую ситуацию в районах Саратовской области. На основании данных анкет были составлены сводные таблицы. Кроме того, использовались отчеты Министерства занятости, труда и миграции Саратовской области в виде «Мониторинга рынка труда Саратовской области» за 2001–2010 гг. Были выделены наиболее «неблагополучные» с суицидологической точки зрения районы, в которых выделялись пики суицидальной активности и устанавливались корреляционные взаимосвязи между уровнем суицидов, уровнем безработицы и уровнем алкоголизации населения. Для обработки данных было использовано офисное приложение Microsoft Excel. При этом были использованы методы: информационно-аналитический, графический.

Результаты: В результате анализа данных по суицидологической активности населения Саратовской области было выделено 6 ранговых районов, в которых наблюдался самый высокий уровень суицидов за 2001–2010 гг. К данным районам были отнесены: Балаковский, Энгельсский, Аркадакский, Духовницкий, Пугачевский и Перелюбский районы. Надо отметить тот факт, что влияние уровня безработицы и уровня алкоголизации на суицидальную активность населения неоднозначно для каждого конкретного района.

Так, самым «неблагополучным» с точки зрения уровня суицидов на территории Саратовской области является Балаковский район. С 2001 по 2010 г. в данном районе наблюдались стабильно высокие цифры уровня суицидов (завершенных и незавершенных) с пиками в 2004 г. – 217,5 случая на 100 тыс. населения и в 2008 г. – 190,9 случая на 100 тыс. населения; притом что средний уровень суицидальной активности в среднем по Саратовской области был 91,6 и 82,0 случая на 100 тыс. населения в 2004 и 2008 г. соответственно. Количество завершенных суицидов на территории Балаковского района в 2004 г. составляло 43,0 случая на 100 тыс. населения, а в 2008 – 31,4 случая на 100 тыс. населения. Одновременно с ростом уровня суицидов в 2004 г. наблюдался подъем уровня безработицы в 2 раза по сравнению с предыдущим, 2003 г. (0,8 в 2004 г. и 0,4 в 2003 г.). В 2004 г. также наблюдался незначительный рост алкогольных психозов (в 2003 г. – 82,2, в 2004 г. – 87,7 на 100 тыс. населения), больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете (в 2003 г. – 1527,5, в 2004 г. – 1566,7 на 100 тыс. населения), а также лиц, которые злоупотребляли алкоголем и состояли на профилактическом учете (в 2003 г. – 269,9, в 2004 г. – 280,4) (рис. 1). Другой пик уровня суицидов, приходящийся на 2008 г., коррелирован с пиком больных алкоголизмом, находящихся на диспансерном учете (2006 г. – 1600,2, 2007 г. – 1698,1 и в 2008 г. – 1719,0 случаев на 100 тыс. населения). Надо отметить, что уровень больных алкоголизмом с 2006 г. начал резко расти. Так, в 2005 г. он составлял 1552,4 на 100 тыс. населения, а в 2008 г. – 1719,0 на 100 тыс. населения. А в 2009 г. произошел резкий рост уровня безработицы с 0,7 в 2008 г. до 2,7 в 2009 г. Однако на уровне суицидов это не отразилось. Также следует отметить, что на протяжении 2001–2010 гг. наблюдался положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем алкогольных психозов (0,76), уровнем лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учете (0,68).

Несколько иная ситуация наблюдалась в Энгельском районе Саратовской области. Пики суицидальной активности приходились на 2004 и 2009 гг. Так, в 2004 г. средний уровень суицидов на 100 тыс. населения составил 127,2 случая (в 2003 г. – 79,6). В этом же году наблюдался рост алкогольных психозов с 61,2 в 2003 г. до 80,6 в 2004 г., а также лиц, злоупотреблявших алкоголем, находящихся на профилактическом учете с 61,6 в 2003 г. до 64,9 в 2004 г. Также в 2004 году повысился уровень безработицы, который составлял 1,6, против 1,1 в 2003 г. В 2009 г. уровень суицидов в Энгельском районе составил 91,2 (в отличие от 2008 г. – 70,9) на 100 тыс. населения. Средний же уровень суицидов в целом по Саратовской области составлял в 2009 г. – 77,9 случая на 100 тыс. населения. В 2009 г. на территории Энгельского района наблюдался рост уровня безработицы до 1,3, в отличие

от 2008 г. – 0,8. При этом не наблюдалось роста уровня алкогольных психозов, больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете, и лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учете. Для данного района характерны положительные коэффициенты корреляции на протяжении 2001–2010 гг. между уровнем суицидов и уровнем алкогольных психозов (0,27), уровнем больных алкоголизмом, находящихся на диспансерном учете (0,45), а также уровнем безработицы (0,37).

Парадоксальная ситуация наблюдалась в двух других «неблагополучных» по суицидальной активности районах – Аркадакском и Пугачевском. Здесь в 2004 г. наблюдался резкий рост уровня безработицы – 2,4 в Аркадакском районе (против 1,3 в 2003 г.) и 2,2 в Пугачевском районе (против 1,2 в 2003 г.). Затем в 2005 г. отмечается рост алкогольных психозов и больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете. Уровень алкогольных психозов в Аркадакском и Пугачевском районах составил 57,2 и 128,9 соответственно (в отличие от 2004 г. – 36,0 в Аркадакском районе и 108,4 в Пугачевском районе). Уровень больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете, составил 1336,9 в Аркадакском районе (в 2004 г. – 901,1) и 1301,0 в Пугачевском районе (в 2003 г. – 1241,5). И далее, в 2006 г. отмечается пик суицидальной активности в каждом из рассматриваемых районов. Уровень суицидов в 2006 г. в Аркадакском районе составил 122,8 на 100 тыс. населения (в отличие от 2005 г. – 53,9) (рис. 2) и в Пугачевском районе – 68,7 (против 41,9 в 2005 г.) (рис. 3). Однако следует обратить внимание на тот факт, что если на протяжении 2001–2010 гг. в Аркадакском районе наблюдался положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем алкогольных психозов (0,12), уровнем безработицы (0,16), то в Пугачевском районе положительного коэффициента корреляции между данными параметрами выявлено не было.

В Перелюбском районе Саратовской области наблюдалось 2 пика суицидальной активности в 2007 и 2009 гг. В 2007 г. уровень суицидов составлял 152,1 на 100 тыс. населения (против 96,7 в 2006 г.), при среднем уровне суицидов по Саратовской области – 82,0, а в 2009 г. – 114,3 (против 103,2 в 2008 г.) и в среднем по области – 77,9. В 2007 г. на территории Перелюбского района наблюдался рост уровня алкогольных психозов с 16,1 в 2006 г. до 54,3 в 2007 г. Также отмечался некоторый рост уровня безработицы с 1,7 в 2006 г. до 1,9 в 2007 г. В 2009 г. наравне с повышением уровня суицидов не отмечалось повышения уровня алкогольных психозов и уровня безработицы. Отмечалось лишь повышение уровня лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учете с 27,6 в 2008 г. до 84,3 в 2009 г. На протяжении 2001–2010 гг. был выявлен положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем безработицы (0,26).

Еще одним районом с наиболее высоким уровнем суицидальной активности является Духовницкий район. Пик суицидальной активности в этом районе наблюдался в 2007 г. Уровень суицидов здесь составил 151,7 (против 88,4 в 2006 г.) случаев на 100 тыс. населения. При этом в 2007 г. не выявлялось повышения уровня алкогольных психозов, уровня больных алкоголизмом, находящихся на диспансерном учете и уровня безработицы. Однако следует отметить, что на протяжении 2001–2010 гг. отмечался положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем больных алкоголизмом, находящихся на диспансерном учете (0,51), уровнем лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учете (0,23), а также уровнем безработицы (0,36).

Обсуждение: Проведенное исследование показало, что такие факторы риска развития суицидального поведения, как уровень безработицы и уровень алкоголизации населения, являются значимыми, хотя и не ведущими в развитии суицида. Надо отметить, что значение того или иного фактора зависит от данного конкретного района области. И если для одного района ведущим из исследуемых факторов был фактор уровень безработицы (Перелюбский район), то для другого района ведущим был уровень алкоголизации (Балаковский район). Надо отметить, что фактор уровень безработицы не является абсолютным для всех стран мира. В различных странах обнаруживались корреляции между уровнем безработицы и уровнем суицидов [4], однако наиболее тесные связи наблюдались в США, в годы экономической депрессии [3]. Влияние алкогольного опьянения на высоту суицидального риска неоднозначно: оно может повышать вероятность суицидальных действий, в большинстве случаев может свидетельствовать о недостаточной истинности и серьезности намерений, а также может приводить к завершенным суицидам, в силу ослабления критики и контроля над своим поведением [2]. Для Духовницкого и Энгельсского районов ведущим является фактор алкоголизации населения, однако не менее значимым остается уровень безработицы. Кроме того, следует обратить внимание на так называемый «эффект накопления» в Аркадакском и Пугачевском районах, когда в один год повышался уровень безработицы, следующий год повышался уровень алкоголизма и затем как суммарный результат предыдущих годов – резко возрастал уровень суицидов. Вероятно, данный «эффект накопления» соотносится с термином «склонность к контейнированию (накоплению) аффекта», который употребляется в психодинамической практике и предполагает накопление аффекта и блокировку выражения чувств и эмоций [3].

Заключение: Полученные в результате исследования данные о распространенности завершенных и незавершенных суицидов на территории

Саратовской области в 2001–2010 гг., а также установленные взаимосвязи между уровнем суицидов, уровнем безработицы и уровнем алкоголизации населения в наиболее неблагополучных районах области позволят выделить некоторые предикторы суицидального поведения для конкретного района. Выделенные предикторы войдут в так называемую «Карту предикторов суицидального риска на территории Саратовской области». Данные критерии позволят разработать направления совершенствования суицидологической помощи на территории области и тем самым снизить уровень суицидов.

Список литературы:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. *Диагностика суицидального поведения*. М., 1980. С. 5–19.
2. Дубравин В. И. *Суициды в республике Коми (клинико-социальный и этнокультурный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук*. М., 2001. 31 с.
3. Brown J. *Suicide in Britain* // *Arch. Gener. Psychiat.* 1979. №3 6 (9). P. 1119-1124.
4. Platt S. *Parasuicide and unemployment* // *Br. J. Psychiatry.* 1986. № 149. P. 401-405.

Жданок Д.Н.

Автобиографический метод в диагностике психопатологических расстройств различных регистров

ГБОУ ВПО «НГМУ» Минздрава России, Новосибирск

Актуальность: Как известно, в силу специфики психопатологических нарушений основным методом диагностики в психиатрии по-прежнему остается клиническое интервью [Менделевич В. Д., 1997]. По сравнению с диагностическим процессом в соматической медицине, психиатрическое интервью менее схематизировано и находится под значительным влиянием субъективного фактора – личности врача-психиатра. В целом клиническое интервью можно рассматривать как диагностический «диалог». Подобные особенности нередко становятся источником расхождений в интерпретации психического статуса обследуемого. Для минимизации субъективизма в психиатрической диагностике предложен так называемый феноменологический метод [Савенко Ю. С., 2008], включающий в себя такие принципы, как феноменологическая редукция – «эпохе» – «очищение от всех теорий и гипотез, от всех пристрастий и предубеждений, от всех данных науки, сколь бы очевидными они ни были»; уменьшение собственной активности, рассматриваемой в феноменологии как контаминирующий фактор диагно-

стики; описание через отрицание, сравнение, цитирование и передачу целостных картин поведения. В качестве деривата феноменологического метода может быть рассмотрен и автобиографический метод – своеобразный диагностический «монолог». Автобиографический метод является чувствительным в отношении психотического и невротического регистров психических расстройств, раскрывая структуру самосознания и нозогнозии у пациента. Таким образом, использование автобиографии представляет как общетеоретический, так и прагматический интерес, дополняя стандартные диагностические процедуры в клинической психиатрии.

Цель исследования: Проведение феноменологического и клинко-типологического анализа автобиографических текстов пациентов с расстройствами психотического и невротического регистров.

Материалы и методы: В данном исследовании было обследовано 30 пациентов психиатрического стационара, разделенных на две группы в зависимости от регистра психопатологических нарушений. В группу психотического эндогенного регистра отнесено 16 пациентов со следующими диагнозами согласно критериям МКБ-10: параноидная шизофрения, непрерывный тип течения (F20.00) – 8, параноидная шизофрения, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом (F20.01) – 5, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 3. Психотический эндогенный регистр определялся посредством наличия в клинической картине галлюцинаторно-бредовых переживаний, нарушений самосознания, анозогнозии, отсутствием причинно-следственных связей с преморбидным периодом, терапевтическим ответом на лечение антипсихотическими препаратами. Синдромально данная группа представлена параноидным, парафреничным и депрессивно-параноидным синдромами.

В группу невротического психогенного регистра отнесено 14 пациентов с диагнозами: смешанное конверсионное расстройство (F44.7) – 3, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.21) – 5, социальная фобия (F40.1) – 2, соматизированное расстройство (F45.0) – 4. Невротический психогенный регистр характеризовался наличием явного либо скрытого межличностного конфликта, причинно-следственной связью симптоматики со стрессовыми ситуациями, целостностью самосознания, частичной либо полной критикой своему состоянию, эффективностью психотерапевтических интервенций.

Критерии исключения: острое состояние с загруженностью психопатологическими переживаниями и негативизмом, выраженные дефицитарные расстройства со значительным эмоционально-волевым снижением, нейролептический синдром, тяжелая сопутствующая соматическая патология, исключающие продуктивный контакт с пациентом.

В ходе исследования использовались следующие методы: клинико-психопатологический в виде традиционного клинического интервью, экспериментально-психологический для выявления ведущих патопсихологических симптомокомплексов, автобиографический метод, заключающийся в задании письменно, в произвольной форме отобразить жизненный путь пациента с основными, важными, по его мнению, событиями.

При анализе автобиографических текстов оценивались следующие параметры: соотношение различных возрастных периодов (детство, юность, зрелость), равномерность их распределения в автобиографии, темп повествования, соотношение доболезненного и болезненного периодов, соотношение темы (основа описания, общеизвестные, стандартные факты, события) и ремы (новое, индивидуальное, сообщаемое в предложении), структурная сложность текста – линейность, цикличность либо иная последовательность, количество разделов и подразделов, оценка пациентом имеющейся на данный момент либо в прошлом психопатологической симптоматики.

Результаты: В ходе анализа полученных текстов и клинической картины выявлены следующие особенности.

Автобиографии пациентов с высокоактуальной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой эндогенного процессуального происхождения описывали свой жизненный путь кратко, формально, со значительным преобладанием ремы над темой. Данные тексты насыщены психопатологическими смысловыми элементами, зачастую с грубыми нарушениями самосознания, искажением логической структуры. В целом текстовые построения у этой категории пациентов характеризуются тенденцией к упрощению, формализму и явной психопатологической стигматизацией. Подобный вариант автобиографических текстов можно обозначить как морбидный интрапсихотический.

Пациенты в постпсихотическом периоде, в состоянии полной либо частичной ремиссии, продуцировали более развернутые автобиографические тексты, содержащие большее количество жизненных периодов преимущественно зрелого возраста. Психотические переживания прошлого представлены в таких автобиографиях в виде нескольких вариантов. Первый вариант при неполных ремиссиях с остаточной психопатологической симптоматикой характеризуется формально-критическим отношением к перенесенному психотическому эпизоду. В автобиографии активный период заболевания рассматривается пациентами как особое «жизненное испытание», после которого они приобрели новые, «полезные» качества. Постпсихотический период характеризуется обеднением социальных контактов, переходом на менее квалифицированный труд, что не расценивается паци-

ентами как проявления дефицитарности и истощаемости психических процессов. Клинико-типологически данная жизненная постморбидная траектория соответствует понятию амальгамирования [Смулевич А. Б., 2000]. В одном случае мы не обнаружили в автобиографии никаких упоминаний о перенесенном психотическом эпизоде несмотря на значительное влияние на последующий жизненный путь. Такие автобиографии обозначены нами как постпсихотические деформационные. Другим вариантом автобиографии является описание психотических переживаний как несомненно болезненных, дезадаптирующих, как некий травматический, стигматизирующий опыт – подобные описания характерны для психотических расстройств с тенденцией к фазному течению с качественными, в том числе спонтанными ремиссиями. Данные характеристики позволяют обозначить этот тип автобиографий как постпсихотические нозогностические.

Автобиографии пациентов с расстройствами невротического регистра характеризуются более развернутым, подробным изложением. Тексты пациентов с конверсионными расстройствами зачастую создают ощущение наличия «адресата», т. е. при их создании большое значение играл факт того, что текст в дальнейшем будет прочитан и проанализирован врачом. Кроме того, данная подгруппа пациентов уделяла много внимания периоду детства, внутрисемейным отношениям в раннем возрасте с акцентом на тяжелых условиях воспитания, драматично описывая многочисленные трудности, «испытания», которые пришлось преодолеть в ходе взросления, сложные, противоречивые межличностные интеракции с экстрапунитивной позицией пациента.

Автобиографические тексты пациентов с соматизированными расстройствами отличаются «механическим» характером описания жизненной траектории, «сухим» изложением фактов, «протокольной» регистрацией событий, что может косвенно отражать черты алекситимии.

Наконец, часть автобиографий невротических пациентов приближалась к нормативному изложению, по данным текстам затруднительно сделать вывод о наличии психического расстройства без учета клинического контекста.

Выводы: Обобщая полученные результаты, автобиографический метод позволяет дифференцировать психотический и невротический регистры (структуры) психических расстройств, разграничив стадию процесса и качество ремиссии, степень выраженности личностной деформации в случае психоза и характер конфликтогенной ситуации в случае невроза, дополняя клиническое интервью. Кроме того, автобиография более рельефно позволяет отобразить внутреннюю картину болезни и имеющиеся у пациента coping-стратегии.

Представляется возможным использование автобиографического метода как основы для психореабилитационных программ и психотерапевтических интервенций, в рамках которых проводится обсуждение отдельных периодов автобиографии, выясняется представление пациента об «идеальном», «желанном» жизненном пути. Данные процедуры позволяют улучшить способность к планированию и прогнозированию, адекватному самонаблюдению и самоанализу с осознанием содержания психопатологических переживаний.

Помимо этого, автобиография в общетеоретическом, философском смысле позволяет проанализировать онтологический аспект психопатологии, основываясь на достаточно экзотическом для восприятия, но имеющем право на существование тезисе о том, что «болен не человек – болен текст» [Руднев В.П., 2006].

Ильина С.И., Булыгина И.Е.

Самооценка своего «Я» у женщин, зависимых от алкоголя

*Бюджетное учреждение «Республиканский наркологический диспансер»
Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары*

В основе мотивации потребления алкоголя ведущую роль играет нарушенная структура личности. К факторам индивидуально-психологического риска потребления алкоголя относят следующие параметры: инфантильность, внушаемость, подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство и поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, нетерпеливость, яркость воображения, впечатлений и фантазий, склонность к риску, страх быть покинутым.

Цель исследования: Выявить значимые различия в самооценке женщин с алкогольной зависимостью и здоровых женщин, определить их личностные и аддиктивные особенности.

Материал и методы: В своей работе мы исследовали клинико-психологические особенности самооценки своего «Я» у здоровых женщин и женщин, зависимых от алкоголя, при помощи анкетного опроса. Анкета включала в себя следующие блоки: семейная жизнь, материальные, личностные качества, самосовершенствование, общечеловеческие, удовольствия, социально-статусные, активная жизнь, труд, общение. Анкетированием с помощью метода незаконченных предложений охвачено 117 человек в возрасте от 23 до 64 лет, из них 27,5% – женщины, страдающие алкогольной зависимостью (диагно-

стика осуществлялась с учетом критериев, определенных в рамках МКБ-10) и проходящие лечение в условиях наркологического диспансера. Контрольную группу составили здоровые в плане зависимого поведения женщины (72%).

Результаты и их обсуждение: Установлено, что для лиц, страдающих алкоголизмом, значимыми ценностными блоками являются «семейная жизнь», «материальные ценности», «личностные качества». Значимым блоком в обеих группах ценностей является семья. Для женщин, зависимых от алкоголя, ценности, связанные с семьей, представляют собой социально-психологический барьер реализации. Алкоголезависимые женщины осознают, что без поддержки семьи им будет трудно реализовать себя в обществе, семья рассматривается ими как средство достижения собственного блага. Приоритетами зависимых от алкоголя людей являются «узколичностные» ценности, связанные с удовлетворением от присущего им образа жизни: материальные блага, увлечения, удовольствия от жизни. Необходимо отметить, что труд у пьющих женщин находится на 9 месте из 10, и у здоровых женщин – на десятом. Это заставляет задуматься о том, что в нашем обществе действуют факторы, предрасполагающие к развитию аддиктивного поведения. Результат анкетирования свидетельствует, что у здоровых женщин самооценка высокая (17%), выше среднего уровня (52%), средняя (24%). Человек с оптимальной самооценкой («высокий уровень» и «выше среднего») заслуженно ценит себя, доволен собой, а также («средний уровень») уважает себя, но знает свои слабые стороны и стремится к самосовершенствованию, саморазвитию. Самооценка у зависимых от алкоголя женщин чрезмерно завышенная (33%) или слишком заниженная (67%). На основе неадекватно завышенной самооценки у человека возникает неправильное представление о себе, идеализированный образ своей личности и возможностей, своей ценности для окружающих. Восприятие реальной действительности искажается, рациональное зерно оценки выпадает полностью. Заниженная самооценка приводит к неуверенности в себе, невозможности реализовать свои способности.

Выводы: Результат обследования здоровых личностей связывается с положительными аспектами образа «Я», его адекватностью и интерпретируется как удовлетворенность собой, восприятия себя как личности, осознания как носителя социально желательных характеристик. Неадекватность образа «Я» на эмоциональном, когнитивном, поведенческом уровне является индикатором неспособности человека гармонично функционировать в социальной среде. Понимание образа «Я» больных имеет не только теоретическое значение, но и позволяет глубже проникнуть в личностные механизмы зависимости, а также развить психотерапевтические подходы в реабилитационных программах.

Мавани Д.Ч., Дьяченко А.В., Солдаткин В.А.

Факторы предрасположения к формированию компьютерной зависимости

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, лечебно-реабилитационный научный центр
«ФЕНИКС», Ростов-на-Дону

Актуальность: Исследований, посвященных предрасположению к компьютерной зависимости (КЗ), в зарубежной литературе можно обнаружить множество. Как правило, привычное для российского психиатра выделение факторов риска (предрасположения) и условий развития расстройства в них не встретишь; чаще «находки» перечисляются через запятую, в зависимости от статистической значимости обнаруженной связи [2].

Цель: Исследование факторов предрасположения к развитию КЗ с дальнейшей перспективой использования полученных данных для разработки индивидуальных программ превенции и помощи.

Материалы: Критерием включения явилось наличие зависимости от использования компьютера и Интернета, установленной на основе критериев рубрики F63.8 МКБ-10 («Другие расстройства привычек и влечений»). В исследовании приняли участие 32 пациента ООО «ЛРНЦ «ФЕНИКС» (31 мужчина, 1 женщина), средний возраст которых составлял $20,1 \pm 6,7$ года. Неоконченное среднее образование имели 37,50% пациентов, среднее специальное – 12,50%, неоконченное высшее – 28,13%, высшее – 21,88% опрошенных. Имели опыт работы 31,25% обследованных, работают в настоящее время – 18,75%. О наличии опыта сексуальных отношений сообщили 40,63% пациентов; опыт совместной жизни имели 12,50%, состоят в браке – 9,38% включенных в исследование лиц. Материальное положение респонденты оценили следующим образом: денег в семье постоянно не хватает – 9,38%; в целом денег хватает, но лишних нет, – 75,00%; семья ни в чем себе не отказывает – 15,63%. Пациенты были разделены в 2 группы – группа А (пациенты только с компьютерной зависимостью – N=13) и группа В (пациенты, у которых КЗ была выявлена в сочетании с каким-либо иным психическим расстройством, – N=19).

Методы: Клинический, психологический (исследование интеллекта с помощью методики Векслера, «Варианты психологической защиты», УСК (уровень субъективного контроля), методика исследования темперамента по Стреляу), антропометрический метод (оценка вектора половой конституции по Васильченко), параклинические методы (МРТ головного мозга, ЭЭГ).

Результаты и их обсуждение: Обнаруженные в ходе проведенного исследования факторы, которые, по нашему мнению, могут быть отнесены к предрасположенным, были условно разделены нами на генеалогические, сексуальные, морфофункциональные, личностные, микросоциальные. При этом элементы формирующегося предрасположения находятся в состоянии интеграции и должны рассматриваться комплексно.

Анализ данных генеалогического анамнеза пациентов, страдающих КЗ, позволил выявить высокую степень наследственной отягощенности различными формами зависимого поведения – 90,32% (в группе А – 35,48%, в группе В – 54,84%). Наследственная отягощенность психическими расстройствами составила 70,97% (в группе А – 29,03%, в группе В – 41,94%). Случаи депрессии в семейном анамнезе в наследственном анамнезе были выявлены в 35,48% случаев (в группе А – 19,35%, в группе В – 16,13%). Полученные результаты согласуются с данными ранее проведенных исследований, подтверждающими этио-патогенетическую общность различных форм зависимостей [1, 4, 5].

Половая составляющая предрасположения включает сам пол пациента и его половую конституцию. Результаты исследования позволяют полагать, что развитие КЗ более вероятно у мужчин со слабой и средне-слабой половой конституцией (80,0%).

Морфофункциональная предрасположение к КЗ находит отражение в признаках резидуально-органического поражения головного мозга, которое, вероятно, возникло вследствие неблагоприятных перинатальных влияний. Большинство пациентов родились от аномально протекавшей беременности: перинатальные экзогенные вредности были выявлены в анамнезе 48,39% пациентов (в группе А – 16,13%, в группе В – 32,26%); перинатальные психогенные вредности – 29,03% (в группе А – 9,68%, в группе В – 19,35%). Патология родов имела место в 54,84% случаев (в группе А – 16,13%, в группе В – 32,26%). Нарушения раннего развития были выявлены в 43,75% случаев (в группе А – 18,75%, в группе В – 25,00%). Структурные аномалии головного мозга на МРТ были выявлены у 59,09% пациентов (в группе А – 13,64%, в группе В – 45,45%).

Церебральная предрасположение в развитии зависимого поведения имеет двойное значение. С одной стороны, она значительно увеличивает риск возникновения зависимости, с другой, приводя к дисфункции мозга, выступает важнейшим условием и морфофункциональным субстратом возникновения, развития и функционирования патологической системы – патофизиологической основы развития аддикции [1]. Анализ ЭЭГ показал следующие результаты: у 80% пациентов был выявлен дезорганизованный тип ЭЭГ с преобладанием α -активности (в группе А – 40,00%, в группе В – 40,00%), в 20%

наблюдений – дезорганизованный тип ЭЭГ с преобладанием θ - и δ -активности (в группе А – 0,00%, в группе В – 20,00%); пароксизмальная активность наблюдалась в 55,00% случаев (в группе А – 25,00%, в группе В – 30,00%).

Личностный компонент predisпозиции включает в себя переплетение некоторых характеристик темперамента, психических процессов и своеобразных свойств личности. Характеристики темперамента в большей степени обнаруживают связь с биологической составляющей predisпозиции, тогда как на свойства личности свой отпечаток накладывает социальная (микросоциальная) среда и ее многочисленные воздействия, в первую очередь система воспитания. Исследование темперамента выявило высокий уровень лабильности нервной системы (показатели по шкале «Подвижность по силе» методики Стреляу – $52,66 \pm 12,02$) и низкого уровня уравновешенности психических процессов (показатели по шкале «Уравновешенность по силе» методики Стреляу – $1,10 \pm 0,28$). Изучение преморбидной акцентуации характера демонстрирует следующие результаты: шизоидная – 51,61% (в группе А 6,45%, в группе В – 45,16%), неустойчивая – 29,03% (в группе А – 25,81%, в группе В – 3,23%), истероидная – 6,45% (в группе А – 0,00%, в группе В – 6,45%), гипертимная – 6,45% (в группе А – 6,45%, в группе В – 0,00%), психастеническая – 3,23% (в группе А – 0,00%, в группе В – 3,23%), эпилептоидная – 3,23% (в группе А – 3,23%, в группе В – 0,00%). Затруднения коммуникации в преморбидной акцентуации отмечались в 62,50% (в группе А – 15,62%, в группе В – 46,88%). Отмечается наличие у общей выборки единого доминирующего защитного психологического механизма по типу проекции, что говорит о снижении у пациентов чувства ответственности за собственные неприемлемые чувства, идеи и мотивы, путем приписывания их окружающим людям. Этот результат согласуется с данными, полученными при исследовании уровня субъективного контроля, демонстрирующими низкие показатели интернальности (показатели общей интернальности по УСК – $3,92 \pm 1,55$, при норме в 5,5 стенов). Показатели интеллекта исследуемых соответствуют нормативно-высокому уровню (общие результаты по тесту Векслера – $102 \pm 20,92$), что объясняет характерные для всех зависимых преморбидно высокие академические способности.

При изучении микросоциального климата было установлено: в структурно неполных семьях воспитывались 53,13% пациентов (в группе А – 12,50%, в группе В – 40,63%); дисгармония в воспитании (выраженные противоречия в видах воспитательной стратегии отца и матери) наблюдалась в 93,75% случаев (в группе А – 40,63%, в группе В – 53,13%).

Выводы:

1. Predisпозиция к КЗ включает комплекс находящихся в интеграции факторов – генеалогических, сексуальных, морфофункциональных, личностных, микросоциальных.

2. Генеалогический компонент предрасположения состоит в наследственной отягощенности пациентов случаями зависимого поведения и аффективной патологии.

3. Сексуальный компонент заключается в преобладании среди зависимых представителей мужского пола со средне-слабой половой конституцией.

4. Морфофункциональный элемент predisпозиции находит отражение в выявляемых у зависимых от компьютера структурных аномалиях (вероятнее всего, резидуально-органического происхождения) и функциональных нарушениях ЦНС, проявляющихся в слабости тормозного контроля и преобладании процессов возбуждения.

5. Личностный компонент predisпозиции проявляется в наличии специфических индивидуально-типологических особенностей личности, темперамента и протекания психических процессов, заключающиеся в высоком уровне экстрапунитивности; преобладании проекции как доминирующего защитного механизма; а также – повышенной лабильности нервной системы, низком уровне уравновешенности процессов нервной системы, средне-высоких показателях уровня IQ.

6. Дальнейшего изучения требует степень участия описанного предрасположения в развитии КЗ для лиц, у которых аддикция является единственным психическим расстройством (первичная форма), и для пациентов, у которых зависимость выступает в ассоциации с иной психопатологией (вторичная форма). Полученные предварительные данные позволяют полагать, что в развитии вторичной формы КЗ социально-психологические факторы имеют меньшее значение и заключаются в фрустрирующем влиянии симптомов основного психического расстройства.

Список литературы:

1. Бухановский А.О. *Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Пособие для врачей / Бухановский А.О., Андреев А.С., Бухановская О.А., Заика В.Г., Ковалев А.И., Хмарук И.Н., Труфанова О.К., Турченко Н.М., Дони Е.В. – Ростов-на-Дону. 2002. 60 с.*
2. Бухановский А.О., Солдаткин В.А., Мавани Д.Ч., Дьяченко А.В. *Компьютерная зависимость: расстройство, которого пока нет в классификациях (обзор зарубежной литературы). Российский психиатрический журнал. 2012. № 1. С. 21–29.*
3. *Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика / В.Л. Малыгин и др. – М.: Арсенал образования, 2010. – 136 с.*
4. Солдаткин В.А., Бухановский А.О. *Химическая и нехимическая зависимость: больше сходств, чем различий // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения. Сборник статей юбилейной*

межрегиональной научно-практической конференции психиатров и наркологов, посвященной 30-летию Краснодарской городской психиатрической больницы. Краснодар. 2006. С. 412–414.

5. Солдаткин В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва. 2010. 50 с.

Моренец Т.В.

Клинико-психопатологическая характеристика больных, совершивших суицидальную попытку во время лечения в психиатрическом стационаре

ГАУЗ «Брянская областная психиатрическая больница № 1», г. Брянск

Распространенность суицидальных форм поведения, а также рост числа депрессивных состояний требует дальнейшего изучения факторов риска и условий развития суицидальных тенденций. Несмотря на то что помощь пациентам с высоким суицидальным риском оказывается в психиатрических больницах [Цыганков Б. Д., Ваулин С. В., 2012], вопросам диагностики и превенции суицидальных форм поведения у стационарных больных уделялось недостаточно внимания. В последнее время происходит смещение акцента помощи на амбулаторное звено, однако современные условия диктуют необходимость совершенствования стационарной психиатрической помощи [Казаковцев Б. А., 2004].

Целью исследования являлось совершенствование качества суицидологической помощи в психиатрическом стационаре. Для этого изучались социальные, клинические, психологические характеристики контингента больных, проявлявшего суицидальное поведение во время лечения в психиатрическом стационаре. На основе полученных данных разработаны организационные и клинические рекомендации по предупреждению самоубийств в стационарных условиях.

Для решения поставленных задач проводилось комплексное психиатрическое и клинико-психологическое обследование пациентов с суицидальными попытками во время лечения в психиатрических больницах ОГКУЗ «СОКПБ», ГАУЗ «БОПБ № 1», ОГБУЗ «СОПКД» за 2012–2013 год, ретроспективный анализ медицинской документации. Применялись стандартизированные психометрические методики: шкала депрессии Гамильтона, шкала суицидального мышления SSI.

Контрольную группу составили пациенты ГАУЗ «БОПБ № 1», страдающие психическим расстройством, но без суицидальных форм поведения, сопоставимые по половозрастному и нозологическому составу.

Для верификации данных, с помощью специально разработанного опросника, проводилось интервьюирование 50 врачей-психиатров, оказывающих стационарную психиатрическую помощь в Смоленской и Брянской области.

Критерии включения: наличие суицидального поведения во время лечения в психиатрическом стационаре или непосредственно в день выписки из стационара, информированное согласие пациента.

Критерии исключения: аутоагрессивные действия под влиянием расстройств восприятия или же по бредовым мотивам, выраженная деменция.

Исследовано 15 больных (6 женщин и 9 мужчин), среди которых было три случая суицида. Средний возраст пациентов на период исследования составил $35,3 \pm 13,2$ года. Основная и контрольная группы статистически не различались по возрастному показателю.

Две трети обследуемых имели удовлетворительные и лишь одна треть неблагоприятные социально-бытовые условия. Не работали или не имели постоянной трудовой занятости 27% больных. Половина основной группы проживала одиноко, около 10% обследуемых имели собственную семью, 40% проживали с родителями. Уже до участия в исследовании имели группу инвалидности по психическому заболеванию 53% пациентов, а 20% после госпитализации установлена группа инвалидности. Таким образом, исследуемый контингент характеризуется социальной и трудовой дезадаптацией.

Отсутствие поддержки со стороны семьи являлось одной из причин низкой приверженности к терапии, о чем свидетельствуют частые повторные госпитализации. У всех обследуемых госпитализация в стационар была повторной. Около 60% обследуемых имели 2–3 и более госпитализаций в течение одного года.

Контингент больных отличалась нозологическим разнообразием. Преобладали пациенты с параноидной шизофренией (60%) и органическим поражением головного мозга (27%). Оставшиеся 13% больных представлены невротическими расстройствами и расстройствами настроения.

Условия психиатрического отделения значительно сужают выбор способов покушения на самоубийство. Чаще всего это случаи нанесения самопорезов осколками битого стекла (35%) и самоотравления лекарственными средствами (25%). Попытки самоудушения, падения с высоты встречались одинаково часто (по 20%). Зарегистрирована одна попытка утопления во время лечебного отпуска. Для 75% исследуемых пациентов данная попытка было повторной, причем у 50% из них в анамнезе было более трех попыток. Для 40% исследуемых это была повторная суицидальная попытка в стацио-

наре. Эти пациенты и в предыдущие госпитализации совершали аутоагрессивные действия. Суицидальные попытки совершались преимущественно в ночное и вечернее время. В 60% случаев пациенты пытались укрыться от медицинского персонала или от других больных. Почти в половине случаев после совершенной суицидальной попытки потребовалась транспортировка больных в хирургическое или травматологическое отделение, что говорит о серьезности суицидальных намерений (треть из них завершилась суицидом).

При ретроспективной оценке предшествующих накануне суицидальной попытки событий выявлены следующие особенности: предшествовал конфликт или же агрессивные действия в отношении медицинского персонала – 30% случаев; присутствовала запись о конфликте с родственниками, сообщение о разрыве отношений во время свидания – 27%; высказывали недовольство условиями пребывания в стационаре – 30% пациентов. В 40% случаев не было сведений, указывающих на мотив совершения суицидальных действий (плохая диагностика?).

Недостаточная выборка не позволила выявить значимых корреляций между особенностями суицидального поведения и нозологической принадлежностью. Тем не менее, с учетом типологии О. П. Вертоградовой депрессивного синдрома по ведущему аффекту, у больных шизофренией тревога преобладала у 55%, тоска – у 30%; апатия – у 15% больных. В группе органического поражения головного мозга у всех больных гипотимия сочеталась с тревожным компонентом.

При оценке депрессии по шкале Гамильтона (HDRS) у 70% исследованных выявлена тяжелая депрессия (19–22 балла); у остальных – депрессия средней степени тяжести (14–18 баллов). Полученные данные сопоставимы с контрольной группой (63% и 37% соответственно). Однако при оценке по шкале SSI выявлены значимые различия в сравнении с контрольной группой ($p \leq 0,01$). В основной группе отмечались высокие показатели (22–38 баллов) у 70% обследуемых, у 30% обследуемых выявлялись показатели в пределах 15–22 баллов, что также соотносится с определенной степенью суицидального риска.

Таким образом, суицидальное поведение в условиях психиатрического стационара наблюдается у больных с тяжелой эндогенной или экзогенно-органической психической патологией и развивается на фоне выраженного депрессивного синдрома, чаще всего с преобладанием аффекта тревоги. К факторам риска суицидальных попыток и суицидов в психиатрическом стационаре можно отнести: наличие выраженной социальной и трудовой дезадаптации у больных, наличие в анамнезе множественных суицидальных попыток, низкую приверженность к терапии. Госпитализация депрессивных больных с высоким суицидальным риском в психиатрический ста-

ционар позволяет не только проводить интенсивную фармакотерапию, но и ограничить доступ к средствам самоубийства, что позволяет минимизировать непосредственную опасность больного для себя. Полученные результаты позволят повысить качество суицидологической помощи и предупредить рецидивы суицидального поведения.

Мучник П.Ю.

Сравнительный анализ распространенности биполярного расстройства в РФ и мире

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

Введение: Если рассматривать эндогенные психические расстройства как некий континуум нозологических форм с нечеткими границами и временами сходной симптоматикой, то на полюсах этого континуума должны будут расположиться биполярное аффективное расстройство и шизофрения. Промежуточное положение в этом континууме описывается в рамках шизоаффективного расстройства, границы и самая суть которого неоднозначны и по-разному трактуются разными авторами.

Целью данного фрагмента комплексного исследования являлось изучение и сравнение статистических показателей, описывающих распространенность аффективных расстройств (для наглядности – в сравнении с шизофренией) по данным российских и зарубежных источников.

Материалы и методы: Использовались доступные в открытых источниках публикации, характеризующие распространенность изучаемых нозологий в популяции. При работе с зарубежными источниками предпочтение отдавалось тем, где применялся показатель распространенности в течение года (12-months prevalence) на 1 000 человек. Также были исключены источники, в которых не представлялось возможным выявить данные о распространенности именно биполярного аффективного расстройства среди всех расстройств настроения. В случае с источниками, использующими DSM-IV, показатели распространенности БАР 1 и 2 типов учитывались совместно. В отчетах РФ был взят показатель заболеваемости на 100 000, адаптированный для сравнения в расчете на 1 000 человек. Показатели признаны сопоставимыми, в связи со сходными методами расчета. В итоге для работы был взят отчет МЗ РФ [1], данные которого сопоставлялись с отчетом ВОЗ [4], как наиболее полно отражающим общемировые тенденции с учетом дан-

ных большинства стран-участниц. Для сравнения были взяты отчеты из США [6] (предоставляющий подробное разделение по типам БАР), Великобритании [8], Новой Зеландии [5, 9], Израиля [7].

Результаты и обсуждение: При анализе описанных источников были выявлены следующие показатели годичной распространенности. По данным ВОЗ, на 1 000 населения приходится 7 больных шизофренией и 4,9 больных БАР (на одного больного шизофренией 0,7 больных БАР). В США соответствующие показатели составляют 5,3 к 2,6, или 1 к 0,49. В Великобритании на 7,2 больных шизофренией приходится 4,0 больных БАР, или, иначе говоря, на 1 – 0,56. В Новой Зеландии, соответственно, на 3,2 – 2,2, или 1 к 0,69. Соотношение больных шизофренией и БАР в Израиле составило 4,2 к 2,4, или 1 к 0,57. Количество больных шизофренией в РФ не показало значимых отличий от среднемировых значений – 3,5 на 1 000 (примерно между уровнями Израиля и Новой Зеландии, но в 2 раза меньше, чем по данным ВОЗ). А вот количество больных с расстройствами настроения оказалось ощутимо меньше – 0,95 на 1 000 (более чем в 5 раз меньше, чем по данным ВОЗ). А если из всех расстройств настроения учитывать только БАР, то оказывается, что распространенность этого заболевания в РФ составляет всего 0,09 на 1 000, то есть в 54 раза меньше, чем в среднем в мире.

Обсуждение: Можно предположить, что распространенность аффективных расстройств и шизофрении в популяции является некоей примерно постоянной величиной, размер которой не зависит от названия страны, ее политического и экономического устройства, и в целом среди развитых стран примерно одинаков (в пределах колебания в один-два раза по сравнению с данными ВОЗ). При принятии такого предположения следует закономерный вывод, что в нашей стране только один пациент с аффективными расстройствами из пяти (или из пятидесяти четырех, если говорить про биполярное расстройство) рассматривается и получает медицинскую помощь, соответствующую его заболеванию. А четверо остальных либо не получают ее вовсе, либо получают ее вне соответствия со своим диагнозом, что может отражаться на ее эффективности.

Выявленные сложности требуют объяснения. В качестве одной из причин можно рассматривать уменьшение доступности психиатрической помощи для населения [1]. Пациентам непросто получить квалифицированную психиатрическую помощь, поэтому те расстройства, которые не приводят к резко дезадаптивному поведению, зачастую остаются без внимания и переносятся больными «на ногах». Не меньшую роль играет и сохраняющаяся стигматизация душевнобольных, которая тоже является одним из факторов, ограничивающих открытость и доступность психиатров для пациентов [2]. С другой стороны, имеет место и проблема, связанная

с гиподиагностикой биполярного аффективного расстройства. Зачастую проблемы гиподиагностики биполярного расстройства рассматриваются с позиций недовыявления маниакальных и гипоманиакальных фаз. Таким образом, пациенты с биполярным расстройством зачастую лечатся с диагнозами иных расстройств настроения, чаще всего – рекуррентного депрессивного расстройства. Однако такой подход не объясняет причин того, что аффективные расстройства в РФ выявляются в 5 раз реже, чем в мире. Третьей причиной, скорее всего, играющей далеко не третью роль, является гипердиагностика шизофрении, издавна свойственная отечественной психиатрии. В том числе в круг больных, которым устанавливается диагноз шизофрении, может попадать и немалое количество больных биполярным расстройством, особенно таких, у которых аффективные фазы сопровождаются персистированием какой-либо психотической симптоматики [3]. С высокой долей вероятности существуют и иные причины, однако их выявление будет являться целью следующих изысканий.

Выводы: Недовыявление аффективных расстройств вообще, а биполярного аффективного расстройства в особенности, представляет значительную проблему. Результат сравнительного анализа статистических показателей подтвердил гипотезу о наличии значительного «скрытого» кластера пациентов с биполярным аффективным расстройством, часть из которых может быть ошибочно диагностируема в рамках других нозологических рубрик.

Список литературы:

1. Демчева Н.К., Творогова Н.А., Николаева Т.А. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2011 году: Аналитический обзор. / М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2013. 57 с.
2. Ениколопов С.Н. Стигматизация и проблема психического здоровья // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова). – С. 109–121.
3. Мучник П.Ю., Снедков Е.В. Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. СПб., 2013. № 2. С. 32–36.
4. Tim A Bruckner et al. The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: a needs-based approach. // *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 89, Number 3. 2011. p. 184-194.
5. Kake TR, Arnold R, Ellis P. Estimating the prevalence of schizophrenia among New Zealand Maori: a capture-recapture approach. // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2008 Nov;42(11):941-949.

6. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). // *Archives of General Psychiatry*, 2005 Jun;62(6):617-27.
7. Kodesh A, et al. Epidemiology and comorbidity of severe mental illnesses in the community: findings from a computerized mental health registry in a large Israeli health organization. // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2012 Nov;47(11):1775-1782.
8. McGrath J, Saha S, Chant D, et al; Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. // *Epidemiologic Reviews*. 2008; Vol 30 p. 67-76.
9. Siale A, Foliaki et al. Twelve-month and lifetime prevalences of mental disorders and treatment contact among Pacific people in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Volume 40, Issue 10, pages 924–934, October 2006.

Осадший Ю.Ю., Арчаков Д.С., Вобленко Р.А.

Влияние антропогенного загрязнения окружающей среды на психическое здоровье жителей Волгограда

Научно-производственное объединение «Волгоградский центр профилактики болезней «ЮгМед», Волгоград

Введение: Сложившаяся в течение многих лет напряженная экологическая ситуация во многих регионах России представляет собой серьезную угрозу для состояния здоровья населения. К важнейшим факторам, характеризующим санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, относится атмосферный воздух [7].

Загрязненная атмосфера может оказывать прямое влияние на возникновение болезни, а также выступать как условие, способное усилить действие патогенных агентов на фоне снижения резистентности организма. В настоящее время скорость технологического преобразования общества в существенной степени превышает адаптационные возможности индивида [6].

Актуальный вопрос современности, имеющий значение для проведения психогигиены и психопрофилактики, – это вопрос вклада и влияния на уровень и характер психического здоровья человека тех или иных конкретных экологических факторов. Так, рост распространенности умственной отсталости и аномалий поведения у детей в США, отмеченный в 70–80 гг.,

побудил принять специальный закон о выявлении и предупреждении свинцовой энцефалопатии у детей.

Экологические факторы (в узком понимании) – это большей частью (особенно в не экстремальных ситуациях) факторы малой и средней интенсивности, действующие продолжительное время и вызывающие неспецифические психические нарушения типа невротоподобных, негрубых психоорганичных изменений.

Несмотря на то что исследования экологической направленности проводятся давно, выделение экологической психиатрии в относительно самостоятельное направление науки и практики еще не завершено [3]. Лишь последнее время в нашей стране стала формироваться иная парадигма в медицине, эволюционно-популяционная (экологическая), тогда как ранее господствовал организмо-центрический подход к больному [2].

Многие исследователи отмечают региональные особенности психического здоровья [7], причины которых до конца не выяснены. При этом в большинстве случаев предполагается комплексное воздействие средовых факторов (социально-экономических, этнических, культуральных, биологических, в том числе экопатогенных), а также уровня организации психиатрической помощи.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности и структуры психических расстройств среди лиц, проживающих в районах Волгоградской области с различным уровнем антропогенного загрязнения и установление экологически зависимых форм психической патологии от антропогенных загрязнителей окружающей среды.

Материалы и методы: Исследование предусматривало комплексную гигиеническую оценку антропогенного загрязнения объектов окружающей среды, направленную на выявление негативных воздействий на ЦНС человека в различных районах г. Волгограда, а также определение информативных, объективных экологически зависимых показателей психического здоровья.

Антропогенное влияние оценивалось по характеру и степени загрязнения атмосферного воздуха. Характер загрязнений предусматривал определение концентраций диоксида азота, фенола, формальдегида, фтористого водорода и сероводорода с учетом их предельно допустимых концентраций (ПДК). Степень загрязнения определялась по значениям объема выбросов загрязняющих веществ в атмосферу и комплексного индекса загрязнения атмосферы (КИЗА) (в соответствии с РД 52.04.186-89, «Руководство по контролю загрязнения атмосферы»).

Для этого использовались результаты экологического мониторинга в Волгограде (за 2005–2007 гг.) и анализ обращаемости за психиатрической

помощью в городскую амбулаторную службу. Все психоневрологические диспансеры представляли три группы, объединенные по территориальному принципу (обслуживающие центральные, северные и южные районы).

Статистическая обработка и анализ результатов исследования проводилась с использованием пакета программ Statistic for Windows методами параметрической и непараметрической статистики. Достоверность между группами сравнения оценивалась по критерию t Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в настоящем исследовании принимался равным 0,05.

В Волгограде расположены множество предприятий, представляющих различные отрасли промышленности – машиностроительную, металлообрабатывающую, черную и цветную металлургию, химическую и нефтехимическую, производство стройматериалов, электроэнергетику, легкую и пищевую отрасли. Общая площадь промышленных зон Волгограда составляет 16% от всей площади территории города, что занимает 70 кв. км. При этом он входит в число 35 промышленных центров России и 16 городов Поволжья с высокой степенью загрязнения атмосферного воздуха.

Характерной особенностью архитектурно-планировочного решения городских территорий Волгограда является большая протяженность города, рыхлая планировочная структура, высокая степень концентрации предприятий той или иной отраслевой принадлежности на различных территориях, что формирует экологическую ситуацию, различающуюся по характеру и степени загрязнения атмосферного воздуха. Эти особенности планировки позволили сформировать три модельные территории: центральная – территория характеризуется низкой антропогенной нагрузкой, южная и северная – промышленные территории – характеризуются высокой антропогенной нагрузкой.

В зависимости от значения индекса загрязнения атмосферного воздуха (ИЗА) уровень загрязнения воздуха определялся следующим образом: меньше или равен 5 у. е. – низкий уровень загрязнения; 5–7 у. е. – повышенный; 7–14 у. е. – высокий; больше 14 у. е. – очень высокий.

Результаты и их обсуждение: За период с 2005 по 2007 г. отмечался постоянный рост ИЗА, который достигал: на территории северного Волгограда – 14,2 у. е. (очень высокий уровень загрязнения), южного Волгограда – 10,1 у. е. (высокий уровень загрязнения), а на территории центрального района 4,1 у. е. (низкий уровень загрязнения).

По содержанию фенола, хроническое отравление которым проявляется нарушением центральной нервной системы, самым неблагоприятным оказался северный Волгоград, где его содержание в 5 раз превышало ПДК ($p < 0,01$). На территории южного Волгограда этот показатель оказался

также высоким и уровень ПДК превышался в 1,33 раза. В центральном районе уровень фенола не превышал ПДК.

Фенолы являются нервными ядами, действующими на ЦНС их галогенпроизводные (в особенности ди- и трихлорфенолы) в процессе производства и при реакциях разложения могут образовывать исключительно токсичные диоксины [1].

На территории южного и северного районов также превышались ПДК по формальдегиду, диоксиду азота и фтористому водороду.

Приведенные данные во многом объясняют показатели органической патологии ЦНС (F00-F09) и легкой умственной отсталости (F70) в исследуемых районах. Так, в 2007 г. у жителей северного района встречаемость органической патологии оказалась максимальной 20,07 на 1 000 населения. У жителей южного района органические расстройства встречались несколько реже с частотой 16,56 на 1 000 нас. В центральном районе встречаемость органической патологии оказалась минимальной и составила 13,24 на 1 000 населения.

Показатели легкой умственной отсталости также оказались выше в районах с превышением ПДК по фенолу, которые к 2007 г. составили в северном районе 3,3 на 1 000 населения, в южном районе 2,98 ‰, а в центральном районе 1,37 ‰ ($p < 0,01$).

Отсутствие прямой корреляции снижения уровня концентрации фенолов к 2007 г. с заболеваемостью органической патологией можно объяснить тем, что реальное воздействие фенолов на человека и окружающую среду не адекватно их острой токсичности. Так, исследования последних лет показали, что основная опасность фенолов заключается не столько в их острой токсичности, сколько в кумулятивности действия и отдаленных последствиях хронического отравления малыми дозами [5].

Другие нозологические формы психической патологии имели примерно одинаковую распространенность по исследуемым районам города. Исключение составили аффективные непсихотические расстройства, заболеваемость которыми оказалась самой высокой в центральном районе.

На первый взгляд это парадоксальный факт, но его можно объяснить тем, что центральный район является благополучным не только в экологическом, но и в социальном плане, поскольку там проживают, как правило, служащие с более высоким уровнем образования, достатка и положения в обществе. Отсюда следует, что его жители в наибольшей степени подвержены воздействию эмоционально-стрессовых факторов, а следовательно, и аффективным непсихотическим расстройствам. С другой стороны, они адекватно оценивают состояние своего психического здоровья и не боятся обращаться за помощью к профильным специалистам.

Среди жителей северного и южного районов Волгограда преобладают рабочие специальности и более низкий уровень образования. Они стигматизированно относятся к психиатрической помощи, не признают наличие у них психических нарушений, а для купирования своих аффективных расстройств они чаще прибегают к употреблению психоактивных веществ, которые нивелируют выраженность этой симптоматики.

Выводы: Таким образом, высокая антропогенная нагрузка неблагоприятно влияет на заболеваемость органическими психическими расстройствами и легкой формой умственной отсталости, но не является основной для других форм психической патологии. Примером являются аффективные непсихотические расстройства, обращаемость по поводу которых во многом зависит от социально-экономических и культуральных особенностей человека.

Список литературы:

1. Бабенко О.В. Диоксины – Проблема 21 века. // *Медицинская помощь*, – 2000 - . С. 32–35.
2. Кабанов М.М. Экология человека и социальная психиатрия // *Материалы XII съезда психиатров России*. М., – 1995 - . С. 72–73.
3. Краснов В.Н. Экологическая психиатрия: методология, предмет исследования и ближайшие практические задачи // *Материалы XII съезда психиатров России*. М., – 1995 - . С. 158–160.
4. Кукес В.Г. Клиническая фармакология. М. ГЭОТАР. – 1999. – С. 45–47.
5. Пехов А.П. Биология и общая фармакология. М. РУДН. – 1994 – С. 156–158.
6. Семке В.Я. Психогении современного общества / В.Я. Семке. – Томск, – 2003 - . 406 с.
7. Цыцура А.А. и др. Комплексная оценка качества атмосферы промышленных городов Оренбургской области. Оренбург. – 1999 -. гл. 6. – С. 129–146.

Петрачков И.В.

Распространенность психотических расстройств в Томской области

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения РАМН, Томск

Организация специализированной помощи психически больным с выраженными явлениями социальной дезадаптации, организация экономически малозатратных стационарзамещающих форм является одной из актуальных задач настоящего времени. Особенности течения психического заболевания, терапевтическая резистентность, явления госпитализма, характерные для больных с хроническим течением заболевания, отношение родственников к заболевшему в большинстве случаев определяют длительность пребывания больного в психиатрическом стационаре. По данным эпидемиологов, пациенты, находящиеся в психиатрических больницах более одного года, занимают 20% коечного фонда. Во многих психиатрических учреждениях России данное количество доходит до 50–60%. В результате существенная доля стационарного коечного фонда «занята» хронизированными больными, которые потребляют значительную часть средств психиатрической службы [3]. Это влияет на средний срок лечения в стационарах – 75,7 дней в целом по стране [1]. В больницах наблюдается переполненность, больные находятся в тесноте – 3–4 кв. м на одного пациента вместо нормативных 6–7 кв. м [2, 4]. В период долговременного нахождения в психиатрических стационарах у пациентов формируются явления госпитализма. Происходит утрата навыков самостоятельного проживания, снижается социальное функционирование, теряются родственные связи, возникает профессиональная дезадаптация. Синдром госпитализма является особым препятствием к выписке таких пациентов. Для пациентов, утративших навыки будничной жизни, испытывающих проблемы в социальных взаимоотношениях, а также отличающихся низким комплайенсом, характерны частые госпитализации [3]. Необходимо создание и широкое внедрение во всех звеньях специализированной психиатрической помощи дифференцированных комплексных программ реабилитации и адаптации больных с различными психотическими расстройствами.

Цель исследования: Изучить распространенность психических расстройств психотического уровня в Томской области и нозологическую структуру психических расстройств у пациентов, прошедших стационарное лечение в 2006 и 2011 годах.

Материал и методы исследования: Данные официальной статистики (расстройства психотического уровня); пациенты с психотическими расстройствами. Методы: клинико-динамический, катamnестический, статистический.

Задачи: Определить уровень распространенности психозов в Томской области; изучить нозологическую структуру психотических состояний у пациентов, прошедших лечение в стационаре.

При изучении распространенности психических расстройств психотического характера в структуре первичной заболеваемости на территории

Томской области выявлено, что удельный вес психозов колеблется от 15% (2006 г.) до 12% (2011 г.). Нами выявлено, что в период с 2006 по 2011 г. показатели первичной заболеваемости психозами по Томской области уменьшились с 81,5 до 64,3 на 100 тыс. населения. В период с 2006 по 2011 г. показатели первичной заболеваемости шизофренией снизились с 15,4 до 10,6 на 100 тыс. населения. В период с 2006 по 2011 г. в структуре общей заболеваемости психическими расстройствами населения Томской области удельный вес психозов составляет 22–23%.

Показатели общей заболеваемости шизофренией в Томской области составили: 481 и 450,3 на 100 тысяч населения (соответственно 2006 и 2011 г.). Группа диспансерного наблюдения больных шизофренией составляет 80–90%, а консультативная – 10–20%.

Нозологическая структура первичной заболеваемости больных с психическими расстройствами по Томской области представлена следующим образом: удельный вес шизофрении составляет 8–13%, удельный вес аффективных психозов – 1–6%, шизоаффективные психозы, шизотипические расстройства, хронические неорганические психозы, острые и преходящие неорганические психозы в сумме составляют 13–17%, удельный вес органических психозов колеблется от 63% до 73%. В структуре общей заболеваемости доминирует шизофрения (46–48%), удельный вес психозов варьирует от 38% до 40%, аффективных психозов – 2–3%; шизотипические расстройства, шизоаффективные психозы, острые и преходящие неорганические психозы, хронические неорганические психозы в сумме составляют 12–13%.

Половозрастная структура группы лиц, состоящих на учете, представлена следующим образом: лица в возрасте 40–59 лет – 22%, лица нетрудоспособного возраста (60 лет и старше) составили 67%. Лица, страдающие шизофренией и неорганическими психозами, в 80% случаев были в трудоспособном возрасте, из них в возрасте 20–39 лет – 37%; 40–59 лет – 43%. Больные, страдающие органическими психозами, в 24% случаев были жителями сельской местности, в том числе 33% женщин. Среди больных шизофренией и неорганическими психозами в 23% случаев были сельские жители, из них 42% – женщины.

Интегративным показателем уровня социальной адаптации/дезадаптации является инвалидность, отражающая не только утрату трудоспособности, но и ее степень. Доля больных с психозами, имеющими группу инвалидности, составляет 60–63%, с шизофренией – от 68% (2006 г.) до 72% (2011 г.). Из всех больных шизофренией, признанных инвалидами, только 10% имеют 3 группу инвалидности.

Удельный вес психозов в структуре всех психических расстройств, с которыми пациенты поступали на стационарное лечение в психиатрическую

больницу с 2006 по 2010 г., составил 52–41%. Максимальный удельный вес занимала шизофрения с другими неорганическими психозами – от 71% (2006 г.) до 67% (2011 г.). Удельный вес органических психозов колебался от 27% (2006 г.) до 31% (2011 г.). Среди всех стационарных больных максимальное количество койко-дней приходится на пациентов с психозами и составляет 73–71% (соответственно 2006–2011 гг.). Контингенты больных с шизофренией и другими неорганическими психозами проводят 61–56% всех койко-дней в стационаре (2006–2011 гг. соответственно).

Выводы: Распространенность психических расстройств психотического уровня имеет высокий удельный вес среди всех состоящих на диспансерном учете при относительно невысоком уровне первичной заболеваемости. Среди стационарного контингента преобладают больные с шизофренией.

Список литературы:

1. Гурович И.Я. Динамика состояния психиатрической помощи за пятилетие: противоречивость тенденций / И.Я. Гурович, Л.И. Сальникова // XV Съезд психиатров России: Мат. съезда. – М., 2010. – С. 39–40.
2. Красильников И.А. Коечный фонд и деятельность больничных учреждений Санкт-Петербурга в 1996–2002 годах / под ред. И.А. Красильникова. – СПб., Медицинская пресса, 2003.
3. Лиманкин О.В. Система психо-социальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара. : автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.В. Лиманкин. – Москва, 2007.
4. Рубина Л.П. Состояние и перспективы развития психиатрической службы Санкт-Петербурга / Л.П. Рубина // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии (под ред. О.В. Лиманкина, В.И. Крылова). – Санкт-Петербург: СЗПД. – 1999. – С. 50–57.

Плюснина О.Б., Тарасова О.А., Сахаров А.В.

Психические и наркологические расстройства у студентов среднего специального учебного заведения: результаты клинико-эпидемиологического исследования

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, Чита

Одной из важных медицинских и социальных проблем современного общества является высокая распространенность аддиктивных,

аффективных и невротических расстройств среди молодого поколения. В этой связи особое внимание должно уделяться проблеме охраны здоровья студенческой молодежи, т. к. специфические условия трудовой деятельности, быта и образа жизни студентов отличают их от всех других категорий населения и делают эту группу чрезвычайно уязвимой в социальном плане, подверженной воздействию негативных факторов общественной жизни.

Цель исследования: Оценить распространенность невротических и наркологических расстройств у студентов среднего специального учебного заведения города Читы.

Материал и методы: Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование студентов одного из средних специальных учебных заведений города Читы. Всего в исследование были включены 420 человек в возрасте от 15 до 23 лет. Средний возраст составил $17,7 \pm 1,3$ года. Юношей среди обследованных было 62,1% (261), девушек – 37,9% (159).

Для проведения исследования была разработана карта, которая включала социально-демографический блок, а также специальную часть.

Невротические расстройства у студентов выявлялись с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998). При помощи данного опросника определялись коэффициенты по шести клиническим шкалам. Сумма коэффициентов меньше «-1,28» указывала на болезненный характер выявляемых расстройств по отдельной шкале. Если сумма коэффициентов попадает в промежуток от -1,28 до +1,28, то это расценивалось как пограничный уровень невротических расстройств.

Также использовались тест AUDIT (ВОЗ) и анкета-опросник для выявления алкогольных проблем Л.Т. Морозова; тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости; методика К. Янг для определения интернет-зависимости.

Выделение донологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э. Е. Бехтель (1986). Для диагностики невротических расстройств, синдрома зависимости от алкоголя и употребления алкоголя с вредными последствиями использовались критерии МКБ-10.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных.

Результаты и их обсуждение: Было установлено, что до учебы проживали в сельской местности 48,3% студентов, в городской – 51,7%. Отдельно от родителей в настоящий период времени проживают 50,7%.

Воспитывались одним родителем 120 человек (28,6%). Выявлено, что наследственность былаотягощена у 9,5% обследованных, в структуре преобладает алкоголизм родителей. У 8,8% обследованных студентов выявлен низкий уровень семейного экономического благополучия.

Приводы в милицию имели 15,7%, судимость – 3,1%. Суицидальные попытки ранее совершали 7,7% опрошенных студентов. Наличие у себя хронического заболевания отметили 13,1% опрошенных.

При анализе полученных результатов по тесту Яхина-Менделевича выявлено следующее: у 67,9% студентов (285) отсутствовали признаки невротических нарушений, у 16,9% (71) диагностированы невротические расстройства, у 15,2% (64) имелись предболезненные состояния.

Если рассматривать более подробно, тревожные расстройства (F41) были выявлены у 16,9% студентов, еще у 15,7% показатели по шкале тревоги соответствовали пограничному уровню невротических расстройств (предболезнь). Уровень психического здоровья по данной шкале отмечался у 67,4% обследованных.

По шкале невротической депрессии у 13,1% студентов выявлено состояние болезни (F43), пограничный уровень расстройств диагностирован у 16,4%, в пределах нормы показатели по данной шкале были у 70,5% респондентов.

При анализе данных по шкале «астении» обнаружено, что у 80,5% обследованных показатели соответствовали уровню психического здоровья, сформированные астенические расстройства имелись у 8,3% (F48.0), у 11,2% данные соответствовали пограничному уровню.

Конверсионные расстройства (F44) были установлены у 13,1% учащихся, у 13,1% они достигали уровня предболезни, у 73,8% показатели соответствовали норме.

Обсессивно-фобические нарушения (F42) выявлены у 17,85% студентов, пограничный уровень по данной шкале отмечался также у 17,85%, у 64,3% данные соответствовали уровню психического здоровья.

Вегетативные нарушения (F45.3) были выявлены у 10,7% обследованных, у 8,8% отмечался пограничный уровень, у 80,5% показатели соответствовали норме.

При интерпретации данных выявлены более высокие показатели распространенности невротических нарушений по всем шкалам опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича среди девушек.

Курящими в настоящее время являются 41,4% учащихся среднего специального учебного заведения. При анализе данных по тесту Фагерстрема выявлено, что 82,4% обследованных имеют очень слабую степень никотиновой зависимости; 11,2% – слабую; 3,6% – среднюю; 2,3% – высокую; 0,5% – очень высокую.

Отметили, что пробовали наркотические вещества, в первую очередь производные конопли, 23,3% студентов. Интернет-зависимость по методике К. Янг установлена у 5,7% обследованных.

Средний возраст начала употребления алкоголя составил $15,5 \pm 0,04$ года. Основными принимаемыми спиртными напитками являлись: пиво (43,7%), водка (29,1%) и вино (27,2%).

Согласно тесту AUDIT, безопасное употребление спиртного установлено у 83,6% обследованных, опасное употребление – у 14,0%, вредное потребление – у 1,2%, зависимость от алкоголя – у 1,2%.

Клинически структура алкоголизации с учетом донозологических форм потребления алкоголя по классификации Э. Е. Бехтеля (1986) выглядела следующим образом: абстинентов было 48,1% (202), случайно пьющих – 25,4% (107), ситуационно (умеренно) пьющих – 19,5% (82), систематически пьющих – 5,0% (21), привычно пьющих (предалкоголизм) – 1,0% (4), синдромом зависимости – 1,0% (4).

Следовательно, наркологическая патология, вызванная алкоголем, была установлена в 7,0% случаев: употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) диагностировано у 6,0% студентов, алкоголизм (F10.2) – у 1,0%.

Среди юношей употребление алкоголя с вредными последствиями было диагностировано в 6,9% случаев, алкогольная зависимость – в 1,1%; среди лиц женского контингента – в 4,4% и 0,6% случаев соответственно, что говорит о наличии алкогольных расстройств у 8,0% юношей и 5,0% девушек.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о довольно высокой распространенности аддиктивных расстройств среди студентов среднего специального учебного заведения: пробы наркотиков – 23,3%; злоупотребление алкоголем – 7,0%; курение – 41,4%; интернет-зависимость – 5,7%. У 16,9% студентов были диагностированы невротические расстройства.

Результаты исследования свидетельствуют как о необходимости своевременной коррекции указанных нарушений, так и требуют проведения профилактических мероприятий в студенческой среде с целью предупреждения возникновения аддиктивных и невротических расстройств.

Рзаев А.А.

Влияние психообразования на психологическую адаптацию родственников больных, страдающих шизофренией

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Подавляющее число пациентов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, в частности шизофренией, проживают в семьях с родителями или своих собственных. Члены семьи раньше врача, еще на самой ранней стадии болезни, сталкиваются с заболеванием близкого. Поэтому именно они могут способствовать или, наоборот, противодействовать своевременному распознаванию заболевания и его последующему лечению. Отношение родственников к болезни и медикаментозной терапии рассматривается среди важнейших факторов приверженности больных лечению. Вместе с тем у членов семей часто имеются трудности с принятием болезни близкого человека, осознанием необходимости длительного, порой пожизненного медикаментозного лечения. Перед семьей встает целый ряд проблем: понимание клинических проявлений заболевания, установление адекватного уровня требований к больному человеку, выстраивание отношений с ним, медицинскими учреждениями, специалистами, работающими в этих учреждениях. В отсутствие реальных знаний у семьи зачастую формируется искаженное представление как о самом заболевании, так и о возможностях терапии. Кроме того, многие родственники психически больных находятся в состоянии хронического стресса, и формирование адаптивных (конструктивных) навыков совладания со сложными жизненными ситуациями является важной задачей при оказании им социально-психологической помощи.

Учитывая представленные выше сведения, сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБУ «НЦПЗ» РАМН разработана программа психиатрического просвещения для родственников пациентов, страдающих хроническими психическими заболеваниями. В рамках этой программы предоставляется информация о клинических проявлениях психических заболеваний, психологических проблемах, возникающих в семьях больных, особенностях общения с больным, способах конструктивного совладающего поведения и эффективных способах преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, в том числе, при общении.

Значительное место при психообразовании уделяется проблеме лечения шизофрении. Родственники знакомятся с современной медикаментозной терапией психических расстройств, механизмом действия нейролептиков, антидепрессантов, других лекарственных препаратов (ноотропы, нормотирики и др.), возможными побочными эффектами лечения, узнают о правилах приема лекарственных средств.

Курс занятий психообразовательной программы состоит из 12 лекций, продолжительностью 2–3 часа каждая. Лекции проводят врачи-психиатры, медицинские психологи, юрист.

Цель исследования: Оценить влияние психообразования на отношение родственников к психическому заболеванию и медикаментозному лечению

больного члена семьи, а также на способы преодоления родственниками стрессовых ситуаций (копинг-стратегии).

Материал и методы: В исследовании приняли участие 48 родственников больных шизофренией. Все они были участниками программы психиатрического просвещения, которая проводилась в психиатрических больницах № 3, 14, 22 г. Москвы и в психиатрической больнице № 8 Московской области «Орехово-Зуево».

Для достижения поставленной цели использовались модифицированные нами «Шкала отношения к лекарственным препаратам» (Т.Р. Ноган, А.Г. Авад, Р. Иствуд, 1983) и «Шкала осознания болезни при психозе» (М. Бирчвуд и др., 1994), а также опросник «Способы совладающего поведения», разработанный С. Фолкман, Р. Лазарус (1988) и адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляевой (2004).

Социально-демографические характеристики родственников больных заносились в специально разработанную карту участника программы. Анализ этих характеристик показал, что 72,9% (35 человек) участников программы – это родители, проживающие вместе с пациентом; 8,3% (4 человека) – братья или сестры; 6,3% (3 человека) – это супруги; остальные 12,5% (6 человек) – прочие родственники. Большинство родственников имели достаточно высокий уровень образования: у 58,3% (28 человек) было высшее и неоконченное высшее образование, у 29,2% (14 человек) – среднее специальное образование. Лишь 12,5% (6 человек) имели среднее и неполное среднее образование. На вопрос о трудностях внутрисемейных отношений и частых конфликтах утвердительно ответили 39,6% (19 человек) участников программы.

Результаты: Анализ результатов показал, что участие в психообразовании способствовало увеличению числа родственников, осознающих психическое заболевание у члена семьи. Если до участия в психообразовательной программе 77,1% (37 человек) полностью осознавали, что их близкий страдает психическим заболеванием, то после участия в ней таких родственников было 87,5% (42 человека). Эта группа пополнилась за счет лиц частично или вовсе не признающих психическое заболевание у близкого (до участия в программе их было 11 человек, а после участия в ней составило 6 человек). Следует отметить, что после психообразования лиц, отрицавших психическое заболевание члена семьи, не было.

После участия в психообразовательной программе увеличилось число родственников, понимающих необходимость лечения и адекватно относящихся к медикаментозной терапии. Если до участия в ней 75,0% (36 человек) родственников понимали необходимость лечения, то после курса обучения 89,6% (43 человека) полностью принимали необходимость медикаментоз-

ного лечения. Отрицательно настроенных на лечение своего близкого среди родственников после психообразовательных занятий не наблюдалось, хотя 5 человек из общего числа обучающихся членов семей лишь частично осознавали необходимость лечения.

Участие в психообразовании оказало влияние на уменьшение дезадаптивных копинг-стратегий у родственников больных. Если лица с высоким и средним уровнем конфронтации до участия в нем составляли подавляющее большинство – 77,1% (37 человек), то после занятий высокий и средний уровень конфронтации несколько снизился и наблюдался у 62,5% участников (30 человек). Прохождение курса занятий способствовало уменьшению числа родственников больных, стремящихся дистанцироваться от проблем. В свою очередь, увеличилось число лиц, предпочитающих рациональное восприятие сложных ситуаций и минимизацию влияния эмоций на свое поведение: 60,4% (29 человек) родственников до участия в программе против 77,1% (37 человек) родственников после участия в ней. Возросло число лиц, ориентированных на взаимодействие с другими людьми и на поиск социальной поддержки: 54,2% (26 человек) родственников до участия в программе и 62,5% (30 человек) родственников после участия в ней.

Выводы: Исследование показало, что у родственников больных, прошедших психообразование, улучшилась комплаентность, наблюдалось более адекватное отношение к психическому заболеванию члена семьи и приему медикаментозной терапии. Проведение психообразовательной программы способствовало уменьшению ригидности копинг-стратегий, появлению более конструктивных способов совладающего поведения. Психообразовательные программы должны быть включены в систему психосоциальной помощи родственников больных, страдающих шизофренией. Целесообразно проводить такие программы не только в стационарных, но и в амбулаторных учреждениях.

Сорокин М.Ю.

Особенности формирования и динамики мотивации к лечению пациентов психиатрического стационара

ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург

Актуальность исследования мотивации к лечению у психиатрического контингента больных определяется ее недостаточной изученностью, а также ожидаемым высоким потенциалом влияния ее на общий успех терапии. Не-

смотря на то что первые исследования мотивации в экспериментальной психологии проводились еще в начале 20 века (Yerkes, Dodson, 1908), до настоящего времени в психологии не разработано общепринятой теории мотивации.

С середины 20 века все большее внимание уделяется изучению мотивационных процессов в отношении лечения психических заболеваний. В виду отсутствия общепринятой теории мотивации, исследователи опираются на разные концепции и инструменты в ее изучении. Наибольшее распространение приобрели различные теории стадий, в том числе Транстеоретическая модель (Prochaska, 1979; Prochaska & DiClemente, 1983); также широко используется Теория самодетерминации (Deci and Ryan, 1985).

Набрано большое количество сведений о влиянии мотивации на процесс лечения лиц, страдающих различными формами зависимостей. По данным Ryan, Plant, O'Malley, недостаточный уровень терапевтической мотивации – одна из самых частых причин прекращения лечения, недостаточной приверженности ему, обострений и общего негативного исхода заболевания.

Намного меньше сведений о специфических изменениях мотивационной сферы больных эндогенными психическими заболеваниями. В ряде исследований у лиц с заболеваниями шизофренического спектра выявлялись повышенный уровень мотивации, связанной с тревогой; преобладание снижения внутренней мотивации над внешней; общий низкий уровень мотивации (Yamada, Lee, Dinh, Concepción, Brekke, 2010; Barch, Yodkovik, Sypher-Locke, Hanewinkel, 2008); опосредованные снижением мотивации нейрокогнитивный дефицит, социально-когнитивное снижение (Schmand, Kuipers, Van der Gaag, Bosveld, Bulthuis, Jellema, 1994; Gard, Fisher, Garrett, Genevsky, Vinogradov, 2009). В литературе есть указания на характерные изменения в мотивационной структуре больных депрессией. Установлены преобладание социально-нравственных мотивов над деятельными, выявлены сложности в ситуационной ориентировке и актуализации альтернативных стратегий социального поведения. Мотивации таких пациентов свойственна ригидность, затрудненность динамических перестроек, терминальные цели являются утрированно конформными (Драгунская, 1987).

Однако, несмотря на количество накопленных данных о мотивационной сфере в целом у больных психическими расстройствами, до настоящего времени остаются малоизученными особенности собственной мотивации к лечению психиатрического контингента больных.

Цель исследования: Изучение характерных особенностей мотивации к лечению у пациентов психиатрического стационара, выявление факторов, оказывающих влияние на формирование и изменение терапевтической мотивации.

Материалы и методы исследования: В исследовании, проведенном в отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств

НИПНИ им. В.М. Бехтерева принимало участие 104 пациента, 54 мужчины и 50 женщин. Из числа обследованных было 89 больных эндогенными психическим расстройствами (рубрики F2, F3 МКБ-10), неэндогенных больных – 15 человек (рубрики F0, F1, F4, F6). Средний возраст пациентов составил 33 года. Средняя продолжительность заболевания в выборке – 6 лет, среднее число госпитализаций в психиатрические стационары – 3. 51 человек имел высшее образование, 32 человека – среднее специальное, 21 – среднее.

У участников исследования собирались анамнестические сведения и проводилось полу-структурированное интервью, основанное на разработанной в отделении шкале оценки мотивации к лечению. Минимальный уровень оценивался в 0 баллов, что соответствовало отсутствию мотивации к лечению. Максимальный уровень – 5 баллов подразумевал наличие устойчивой мотивации к длительной поддерживающей фармако-психотерапии. Интервью, базирующееся на приведенных в шкале мотивировках обращения пациента за врачебной помощью, проводилось с каждым участником исследования в течение недели после поступления в стационар и в последнюю неделю перед выпиской. Отдельно лечащим врачам предлагалось оценить уровень мотивации пациента к лечению в соответствии с общими критериями шкалы мотивации. Полученные данные анализировались с использованием тестов Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни, вычисления корреляционного коэффициента Спирмена.

Результаты исследования: Средние показатели уровня мотивации к лечению среди всех участников исследования составили 1,18 балла при поступлении, 1,74 – при выписке, 1,20 – по оценке врача.

Статистическая обработка данных выявила приближающиеся к достоверным различия в уровне мотивации при выписке между больными с высшим образованием ($M(x)=1,92$ балла) и остальными участниками исследования ($M(x)=1,57$ балла; $(sig,0,076)$). При этом была выявлена достоверная положительная корреляция между уровнем образования пациентов и показателем мотивации при выписке (корреляционный коэффициент Спирмена $r=0,193$). Таким образом, более образованные пациенты демонстрировали более высокую мотивацию к лечению на момент выписки.

Достоверные различия получены при анализе возрастных характеристик больных с низкой и высокой мотивацией к лечению на момент выписки. Средний возраст пациентов, продемонстрировавших 0 или 1 уровень мотивации, составил 31 год, тогда как у пациентов более мотивированных на момент выписки (2–5 уровни) – 35 лет.

Анализ динамики изменения терапевтической мотивации у пациентов показал достоверно более высокий рост ее показателя у больных, не мотивированных на лечение при поступлении ($M(x)=1,0$ балла) по сравнению с

изначально мотивированными ($M(x)=0,36$ балла). Вместе с тем пациенты, госпитализировавшиеся реже 1 раза в 5 лет, демонстрировали достоверно большее увеличение мотивации к лечению при выписке ($M(x)=1,1$ балла) по сравнению с часто госпитализирующимися больными ($M(x)=0,45$ балла).

Достоверно меньшее количество раз госпитализировались менее мотивированные по мнению врачей больные (0–1 уровень, $M(x)=2,7$ раза). Средний возраст этой подгруппы обследованных составил 31 год. При этом большие показатели мотивации к лечению (2–4 уровень) врачи относили к многократно госпитализировавшимся пациентам ($M(x)=3,9$ раза), одновременно их средний возраст составил 36 лет.

Обсуждение: Проведенное исследование выявило высокую степень взаимосвязи между образовательным уровнем, возрастными данными, особенностями течения психической патологии и показателем уровня мотивации к лечению у психиатрического контингента больных.

По данным обследования с использованием полу-структурированного интервью и экспертным оценкам, успеху в формировании устойчивой мотивации к лечению способствовал зрелый возраст пациентов. Также более высокий образовательный уровень больных сочетался со значимо более высоким уровнем мотивации к лечению при выписке.

Кроме того, редкие в прошлом госпитализации и изначально низкий уровень терапевтической мотивации являлись предикторами более значительного увеличения мотивации к лечению на момент выписки. Повидимому, это объясняется, с одной стороны, тем, что факт госпитализации для больного сам по себе является мощным мотивирующим стимулом; с другой стороны – относительно большим вниманием лечащих врачей к немотивированным и редко госпитализирующимся пациентам, стремлением врачей сформировать у больного конструктивное отношение к длительному лечебному процессу.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют, что наиболее уязвимыми в отношении формирования конструктивного отношения к лечению и эффективного уровня мотивации являются часто госпитализирующиеся больные. Таким пациентам характерна мотивационная ригидность в отношении лечения, что не опознается врачами как проблема. Для часто госпитализирующихся больных стационарирование не является достаточным стимулом для увеличения терапевтической мотивации. Одновременно лечащие врачи, по-видимому, уделяют больше внимания работе с редко госпитализирующимися пациентами.

Результаты исследования могут быть использованы для построения индивидуальной программы лечения и реабилитации пациентов психиатрического стационара, учитывающей характерные особенности мотивацион-

ных процессов в отношении лечения у разных категорий больных. Знание выявленных закономерностей формирования терапевтической мотивации может способствовать повышению приверженности пациента лечебной программе, что критически важно для терапии хронически текущих психических расстройств.

Тюканько О.И.

Влияние микросоциального окружения на развитие расстройств пищевого поведения у студентов

Нижегородская Государственная Медицинская Академия, Нижний Новгород

Цель исследования: Целью данного исследования было изучение частоты встречаемости расстройств пищевого поведения (РПП) среди студентов медицинского вуза с поиском возможных причин их развития и путей первичной и вторичной профилактики.

Материалы и методы: В исследовании приняло участие 206 студентов медицинского вуза. Средний возраст обследованных составил 18,95 года, из которых 53 (26%) – мужчины, 153 (74%) – женщины.

Процедуры обследования всего контингента были унифицированными и включали следующие пункты:

1) оценка антропометрических показателей (рост, вес) с вычислением индекса массы тела ($ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$). Нормативными приняты показатели ИМТ свыше 18,5 и ниже 24,9. Не соответствующие нормативным данные говорят о сниженной или избыточной относительно роста массе тела.

2) выявление нарушений пищевого поведения с помощью опросника SCOFF, рекомендованного для скрининга расстройств пищевого поведения (РПП). Начисляется по 1 баллу за каждый положительный ответ. При сумме баллов 2 и более предполагается наличие РПП. Чувствительность: 100%. Специфичность: 87,5% (12,5% ложноположительных результатов) [1].

Результаты и обсуждение: Частота РПП согласно опроснику SCOFF составила 45 (21,8%) от общего количества респондентов. Среди мужской части обследованных доля лиц с РПП была несколько большей, чем среди женской (22,6% и 21,5% соответственно).

Индекс массы тела (ИМТ) в пределах физиологической нормы имели 156 (75,7%) человек, у 21 (10,2%) вес был избыточным, в 29 (14%) случаях выявлен дефицит массы тела.

У лиц, данные ИМТ которых отклонялись от нормативных значений, РПП встречались в 14 (28%) случаях. Распространенность РПП в данной выборке не имеет статистически достоверной разницы по сравнению с таковой в выборке с физиологическими значениями ИМТ, $p=0,1235$ ($p>0,05$) (односторонний точный критерий Фишера).

Не выявлено статистически значимой разницы в частоте встречаемости РПП в выборках с нормальной и сниженной массой тела, $p=0,5030$ ($p>0,05$) (односторонний точный критерий Фишера).

Респонденты с повышенной массой тела достоверно чаще предъявляли жалобы относительно пищевого поведения, нежели обследованные, имевшие нормальный вес $p=0,0474$ ($p<0,05$) (односторонний точный критерий Фишера).

По данным исследования ИМТ пациентов, имеющих РПП, он был в пределах физиологической нормы у 24 (63,2%) опрошенных, в 8 (21,0%) случаях вес был избыточным, в 6 (15,7%) случаях наблюдался дефицит массы тела.

Распространенность жалоб, связанных с пищевым поведением, была неравномерной среди опрошенных: количество положительных ответов на опросник SCOFF возрастало в тех студенческих группах, в которых было много лиц пониженного питания или имеющих избыточный вес. Причем жалобы на РПП предъявляли в основном лица нормальной весовой категории. Например, в выборке из 41 человека отклонения в весе наблюдались у 15 человек (36,5%), однако жалобы на РПП предъявляли студенты, имевшие физиологически нормальные значения массы тела. Таких оказалось 16 (39%) человек, среди которых лица с нормальным весом составляли большинство – 10 (63%).

В то время как группы учащихся, в составе которых большинство студентов имело средний вес, по шкале SCOFF в совокупности набирали минимальное количество баллов. Так, в выборке из 62 человек отклонения в весе имели 10 (16%), РПП встречались в 7 случаях (11,2%), из которых вес был нормальным у 4 (57%).

Лица, имеющие жалобы на РПП, в большинстве своем не имеют повода для беспокойства по поводу массы тела. В поисках возможных причин для развития РПП, мы увидели влияние окружения обследуемого. С позиции биопсихосоциальной модели, в пищевом поведении, формально направленном на поддержание баланса между потреблением и расходом энергии, существует социальная составляющая. Респонденты, длительно контактирующие со своими тучными или чрезмерно худыми коллегами по группе, предъявляли жалобы на РПП. Одной из возможных точек зрения является объяснение данных влияний феноменом невольного подражания [2], или тем, что Ясперс в узком смысле называл внушением мнений и ценностей [3].

Можно предположить, что нахождение индивида в окружении лиц, отличающихся по своим внешним данным от признаваемых обществом за приемлемые и желаемые, влияет на его самосознание, срабатывает «рефлекс подражания», усвоение установки на изменение внешности и выработка соответствующего желаемого поведения [4]. Так как эти процессы протекают безотчетно, не являясь результатом сознательного выбора, то при оказании помощи, необходима работа над осознанием. В то же время воздействие исключительно на личность, страдающую расстройством, будет недостаточным – необходимо влияние на среду.

Выводы: Характер микросоциального окружения вносит большой вклад в формирование аномального пищевого поведения. Для более полного понимания причин возникновения РПП необходим анализ микросоциального окружения у лиц с выявленным РПП. Это позволит наметить новые горизонты в терапевтической работе с данной категорией пациентов и может оказаться стимулом для профилактических мероприятий относительно популяции в целом.

Список литературы:

1. *Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1 000 с.
2. *Tarde. Leslois de l'imitation.*
3. *Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем.* – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
4. *Gustave Le Bon. Psychologie der Massen, Leipzig, 1912.*

Чернявский Я.В.

Опыт применения шкалы прогрессивных матриц Равена в комплексной дифференциальной диагностике психозов с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы

НГУЗ «Дорожная клиническая больница», Челябинск

Цель настоящей работы – изучение потенциальных возможностей шкалы прогрессивных матриц Равена, в комплексной дифференциальной диагностике больных с экзогенно-органическими (в периоде отдаленных последствий ЧМТ) и эндогенными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами.

Методы и группы исследования: Клиническими методами (клинико-феноменологическим, клинико-анамнестическим, клинико-динамическим), а также с помощью шкалы прогрессивных матриц Равена обследовано 102 пациента в возрасте от 18 до 45 лет (71 мужчина, 31 женщина), находившихся на стационарном лечении с галлюцинаторной и/или бредовой симптоматикой. Из них: 35 больных с эндоморфной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой в отдаленном периоде ЧМТ и прямо обусловленной перенесенной ЧМТ – основная группа (ОГ); 34 больных с сочетанной патологией – шизофренией и ЧМТ в анамнезе, имевшей место уже после манифестации эндогенной патологии и наличием галлюцинаторно-бредовой симптоматики – группа сравнения 1 (ГС-1); 33 больных шизофренией с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой без ЧМТ в анамнезе – группа сравнения 2 (ГС-2).

Средний возраст манифестации галлюцинаторно-бредовых психозов составил: в группе ОГ – 26,4 года; ГС-1 – 27,7 года; ГС-2 – 24,4 года. Длительность заболевания: 2,4; 5,8; 6,3 года – соответственно. Все пациенты групп ОГ и ГС-1 перенесли закрытую ЧМТ. В первой из них сотрясения головного мозга имели место у 27 (77%) больных, ушибы легкой степени у 8 (23%); во второй – сотрясения зафиксированы у 24 (70%) и легкие ушибы мозга у 10 (30%).

Результаты исследования и их обсуждение: По клиническим проявлениям галлюцинаторно-бредовые расстройства у всех больных изучаемых групп соответствовали критериям острого неуточненного эпизода шизофрении (по МКБ-10), без существенных межгрупповых различий по тяжести симптоматики. Клинико-психопатологический анализ зафиксировал наличие галлюцинаторного синдрома не сопровождавшегося какой-либо бредовой симптоматикой у 64% больных группы ОГ и у 18% больных группы ГС-1, тогда как в группе ГС-2 пациентов с исключительно галлюцинаторной симптоматикой не было, что статистически значимо различило эти три группы между собой ($p < 0,05$). Галлюцинаторно-бредовый синдром наблюдался: у 36% больных группы ОГ; 54% – ГС-1; 33% – ГС-2. В целом же галлюцинаторный синдром, как сопровождавшийся бредовой симптоматикой, так и без таковой, присутствовал: у 100% больных группы ОГ (72% – зрительные, 20% – слуховые, 8% – сочетание зрительных и слуховых); ГС-1 – у 74% (24% – зрительные, 12% – слуховые, 38% – зрительные и слуховые); ГС-2 – у 36% (30% – слуховые, 6% – зрительные и слуховые), что также на статистически достоверном уровне различало группы ($p < 0,05$).

Бредовый синдром выявлен у 28% больных группы ГС-1 и 67% – ГС-2, тогда как в группе ОГ больных с чисто бредовой симптоматикой не было.

Психопатологический анализ структуры бредовых синдромов зафиксировал: паранояльный синдром в группах сравнения ГС-1 – у 57% больных и ГС-2 – у 42%, при отсутствии такового в ОГ ($p < 0,05$); параноидный у 36% больных группы ОГ, 42% – ГС-1, 54% – ГС-2; парафренный – только у 3% обследуемых группы ГС-2.

Клинико-феноменологический анализ выявил определенные межгрупповые различия в структуре психопатологической симптоматики. Присущие псевдогаллюцинационному синдрому характеристики (связь галлюцинаций с патологией мышления и бескритичное отношение к ним; отсутствие естественности и реалистичности в их оформлении, с чувством их сделанности и снижением сенсорности; локализация в интра- или экстрапроекции, но всегда в представляемом пространстве и воспринимающихся головой, мозгом) не фиксировались в группе ОГ, отмечаясь у 28,8% пациентов группы ГС-1, и у 33% – ГС-2, что статистически значительно отличало первую от двух последних ($p < 0,05$).

Иное соотношение, по частоте выявления у больных исследуемых групп, обнаружил синдром галлюциноза, регистрируемый в виде одного из трех вариантов – органического, идеаторного и псевдогаллюциноза (Рыбальский М. И., 1989). Органический галлюциноз (характеризовавшийся проекцией в представляемое или воспринимаемое пространство, но всегда без ассимиляции окружающей обстановкой; отсутствием реалистичности; добродушным отношением больного к галлюцинациям) достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечался в группе ОГ – 50,4%, относительно групп ГС-1 – 28% и ГС-2 – где таковые отсутствовали. Идеаторный галлюциноз (с проекцией галлюцинаций только в воспринимаемое пространство; связью с окружающими объективными предметами; реалистичностью оформления, но без веры в его действительное существование, за счет сохранности критики; более аффективной реакцией на обманы восприятия) был выявлен у 40,6% пациентов группы ОГ, а в группе ГС-1 – лишь у 15,2%, при отсутствии таковых в группе ГС-2 ($p < 0,05$). Псевдогаллюциоз, структурно отличавшийся от идеаторного лишь интрапроекцией, регистрировался у 9% больных из группы ОГ и ни у одного из тех, кто входил в группы сравнения.

Истинные галлюцинации (с присущим им экстрапроекцией галлюцинозоподобного образа, оцениваемого как реально существующий; предшествующим нарушением мышления, утратой критики и бредовой интерпретацией при отсутствии чувства сделанности; с эмоционально-аффективной реакцией, соответствующей содержанию галлюцинаций) наличествовали в дебюте психоза (по анамнестическим сведениям) у 29% пациентов группы ГС-1 и 33% – ГС-2 и ни в одном из случаев группы ОГ ($p < 0,05$).

Клинико-феноменологический анализ бредовых синдромов выявил в группе ОГ, в сравнении с обследуемыми из групп ГС-1 и ГС-2, большую контактность, открытость больных; более фрагментарную и несистематизированную структуру бреда; достаточно четкую эмоциональную реакцию, не связанную с бредом. У пациентов групп ГС-1 и ГС-2 наблюдалась более выраженная социальная устранимость; сниженная или отсутствующая критика к своему состоянию; эмоционально-аффективная реакция, зависящая от содержания бредовых идей; значительная систематизация бреда.

Различались исследуемые группы также по представленности в них астенической симптоматики и ее структурным особенностям. Так, в группах сравнения астеническая симптоматика, фиксировавшаяся у 27% больных из ГС-1 и 9% – ГС-2, характеризовалась: прогрессирующим падением работоспособности и/или успеваемости в учебе, выраженной умственной утомляемостью, рассеянностью, снижением концентрации внимания, что сочеталось с напряженностью, неконтактностью, подозрительностью. На фоне растерянности и плохого понимания происходящего вокруг, периодически случались, ничем извне не спровоцированные, бредовые высказывания об экстрасенсорном или ином сверхъестественном воздействии, жестоком обращении, приводящего к подобной рассеянности и утомляемости.

В основной группе ОГ астеническая симптоматика выявлялась у 63% больных и была представлена, помимо рассеянности и снижения концентрации внимания, гиперэстезией, головокружением, слабодушием, забывчивостью и также достаточно частыми стойкими нарушениями сна. Интенсивность данной симптоматики менялась под воздействием внешних факторов – перепады барометрического давления, гипертермия, интеркуррентные заболевания, переутомление и психические травмы ухудшали состояние больных.

Межгрупповые различия обнаружались и при анализе клинико-динамических характеристик. Так, сопоставление больных по характеру терапевтической динамики галлюцинаторной и бредовой симптоматики выявило редукцию симптомов в группе ОГ на 4-й неделе в 31,3% случаев. В группе ГС-1 редукция симптомов на 4-й неделе наблюдалась у 56,6%. В контроле (ГС-2) редукция симптомов на 4-й неделе обнаруживалась у 70,5%, что значительно разнилось с двумя иными группами ($p < 0,05$). Частота рецидивирования психотических эпизодов, оставаясь неизменной на протяжении всей болезни примерно у 70% пациентов из групп с ОГ и ГС-1, достоверно чаще ($p < 0,05$) подверглось тем или иным изменениям у больных группы ГС-2 (преимущественно их учащением – 32,1% или переходом в непрерывное течение – 20%).

Таким образом, несмотря на существенное структурно-синдромальное сходство клинических проявлений у больных трех исследуемых групп, анализ их клинико-феноменологических и клинико-динамических характеристик (с учетом анамнестических сведений) позволяет в значительной части случаев с достаточной достоверностью верифицировать соответствующий диагноз. Привлечение объективно-инструментальных методов (ЭЭГ, КТ или МРТ и др.) существенно повышает надежность диагностики, но тем не менее далеко не всегда обеспечивают должный уровень таковой. Все это обуславливает необходимость расширения диапазона диагностических критериев, за счет привлечения методов экспериментально-психологической диагностики (включая исследование интеллекта), с целью обеспечения комплексного исследования указанных контингентов больных.

Вышеизложенным обусловилось включение в программу обследования больных изучаемых групп экспериментально-психологической диагностической методики «Шкала прогрессивных матриц Равена», позволяющей оценивать способность обследуемых к систематизированной и планомерной интеллектуальной деятельности. Существенным плюсом данной методики, определившим ее выбор, является то, что благодаря невербальному характеру заданий, на результаты тестирования меньше сказываются приобретенные обследуемым знания в связи с образованием и жизненным опытом. Определенную роль в предпочтении данного теста сыграло также и то, что он позволяет более тонко дифференцировать интеллект в низших полосах интеллектуальных способностей – прежде всего в субнорме.

Результаты исследования трех групп больных показывают в каждой из них преобладали больные со средним уровнем интеллекта, в его нижних границах, и лишь в единичных случаях определялся относительно неглубокий умственный дефект. Полученные данные свидетельствуют о том, что наиболее низкий уровень интеллектуального функционирования, при сопоставлении усредненных групповых показателей, фиксировался у пациентов группы ОГ по сравнению со всеми иными группами изучения ($p < 0,05$). При этом если в группах ГС-1 и ГС-2 лица со сниженным интеллектом (ниже среднего и пограничным уровнем) составляли лишь 29% и 18% соответственно, то среди тех, кто входил в ОГ-группу, относительно низкий уровень интеллектуального функционирования определялся у 51%. Помимо этого, в данной группе достоверно выше было количество лиц находящихся в пограничной зоне интеллектуального функционирования – 16% (в ГС-1 лишь 6%, а в ГС-2 – 3%). Кроме того, если в группе ОГ больные с показателем интеллекта выше среднего составляли 8%, то в группах ГС-1 и ГС-2 их было значительно больше (21% и 30% соответственно).

Здесь же необходимо отметить, что группа ГС-1 занимала промежуточное положение между ОГ и ГС-2 по процентному составу больных с показателями интеллекта на уровне пограничной зоны, а также зон ниже и выше среднего уровня, достоверно различаясь лишь с основной группой, тогда как в сравнении с контролем отличия эти не достигали статистически значимого уровня. Все это в совокупности свидетельствует о большей выраженности нарушений интеллекта у больных с формированием психоза (с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой) на поздних этапах травматической болезни головного мозга.

Выводы: Результаты сравнительного клинико-психопатологического анализа больных с психозами травматического, эндогенного и сочетанного генеза свидетельствуют о том, что в группе больных с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой прямо обусловленной ЧМТ (ОГ) наиболее типичным было наличие галлюцинаторного синдрома и в гораздо меньшей степени бредовые расстройства, формированию которых всегда предшествовало появление обманов восприятия. Больные, входившие в группы сравнения (ГС-1 и ГС-2), отличались от основной группы (ОГ) наличием стойких бредовых расстройств, манифестировавших до развития галлюцинаторной симптоматики, а также достаточно частой представленностью псевдогаллюцинаторного синдрома.

Исследование интеллекта у больных изучаемых групп обнаружило статистически значимое снижение такового у лиц вошедших в основную группу (ОГ) с органическим психозом в отдаленном периоде ЧМТ, тогда как больные с шизофренией осложненной ЧМТ демонстрировали большую когнитивную сохранность. Последнее позволяет сделать вывод о том, что выраженность интеллектуальных нарушений в отдаленном периоде ЧМТ, при прочих равных условиях (тяжесть травмы, ее давность и пр.), в существенной степени определяется наличием органического психоза, свидетельствующего о большей глубине регуляторных нарушений ЦНС, тогда как эндогенный процесс в сочетании с ЧМТ (даже если последняя способствовала его экзакцербации и утяжелению), не сопровождался столь значительными когнитивными расстройствами.

Следует подчеркнуть, что анализ выраженности интеллектуальных расстройств, позволяя объективизировать оценку жалоб больных, способствует решению психодиагностических и экспертных задач. Помимо этого, полученные данные могут быть использованы в обосновании психокоррекционных и реабилитационных мероприятий с учетом групповых и индивидуальных особенностей больных.

VI Раздел: «БИОХИМИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

Бойко А.С.

Показатели деструктивных процессов у больных шизофренией с лекарственно-индуцированными двигательными расстройствами

*ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения РАМН, Томск*

Актуальность: Основной группой средств, применяемых для лечения шизофрении, являются антипсихотические препараты, которые наряду с основным действием, обладают широким спектром побочных эффектов [3]. Двигательные лекарственно-индуцированные расстройства, среди которых можно выделить позднюю или тардивную дискинезию (ТД), возникающую в случае длительного (более 3 месяцев) применения препаратов, существенно снижают качество жизни больного [6].

При шизофрении наблюдается активация деструктивных процессов, что может проявиться в изменении внутренних механизмов гомеостаза и сопровождаться повышением выработки аутоантител. Психосоциальный стресс также является одной из составляющих большинства этиологических моделей шизофрении. Биологические эффекты стресса реализуются при участии гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, регулирующей метаболизм стероидных гормонов, включая кортизол. Важную роль играет глутамат – нейромедиатор, который принимает участие в процессах обучения и памяти, а также, вследствие своей эксайтотоксичности, участвует в патогенезе некоторых психических расстройств [1, 2].

Поиск и оценка биомаркеров возникновения и течения побочных эффектов антипсихотической терапии является важной задачей в области биологической психиатрии для раннего прогноза риска и разработки подходов к персонализированной терапии.

Целью настоящей работы является изучение катаболических деструктивных процессов (на модели кортизола и антител к ДНК) и уровня глутамата в сыворотке крови у больных шизофренией с лекарственно-индуцированными двигательными расстройствами на фоне антипсихотической терапии.

Материалы и методы: Было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 149 больных шизофренией, проходивших курс лечения в психиатрическом стационаре и длительно получающих антипсихотическую терапию. Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г.). В зависимости от наличия побочных двигательных расстройств, оцениваемых по шкале непреднамеренных двигательных расстройств (AIMS), больные были разделены на две группы: с тардивной дискинезией (56 пациентов) и без двигательных расстройств (93 больных). В качестве контрольной группы было обследовано 50 психически и соматически практически здоровых лиц, идентичных по полу и возрасту обследуемым пациентам.

Антитела (АТ) к ДНК определяли при помощи тест-системы «Векто-dsДНК-IgG» и «Векто-ssДНК-IgG» для количественного определения IgG к денатурированной dsДНК и нативной ssДНК (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Концентрацию кортизола измеряли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА). Использовался набор реагентов СтероидИФА-кортизол-01 («АлкорБио», Россия), предназначенный для количественного определения концентрации гормона в сыворотке крови. Для определения содержания глутаминовой кислоты использовался набор реагентов Glutamate Assay Kitt (BioVision, США) для количественного измерения в сыворотке крови спектрофотометрическим методом.

Выборки проверяли на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка. Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента при нормальном распределении для независимых выборок с вычислением среднего и ошибки среднего. Статистический анализ и обработку данных проводили с использованием пакета SPSS 17.0 для Windows.

Результаты и обсуждение: Физиологические значения концентрации антител к ДНК здоровых лиц не превышают 25 МЕ/мл, значения больных были разделены на два диапазона: до 25 МЕ/мл и выше. В общей группе больных наблюдается повышенное содержание АТ к денатурированной ДНК ($30,278 \pm 3,457$ МЕ/мл) по сравнению с физиологической нормой (<25 МЕ/мл). При сравнении концентрации антител в группах с ТД и без двигательных расстройств было обнаружено, что у 32% больных без двигательных расстройств концентрация АТ к dsДНК выше, чем у здоровых лиц, а к ssДНК выше у 42%. У пациентов с ТД содержание АТ к двуцепочечной ДНК повышено у 27% больных, к одноцепочечной – у 42%.

В общей группе больных шизофренией было выявлено достоверное повышение уровня кортизола ($610,27 \pm 15,58$ нмоль/л, $p < 0,05$) по сравнению

с группой контроля ($555,1 \pm 13,24$ нмоль/л). При сравнении концентраций гормона в группах без ТД и пациентов с двигательными нарушениями наблюдается тенденция к повышению содержания кортизола в крови больных с побочными эффектами антипсихотической терапии.

Концентрация глутамата в группе больных шизофренией была достоверно повышена ($21,303 \pm 0,416$ нмоль/мкл, $p < 0,0001$) по сравнению с группой контроля ($10,566 \pm 0,507$ нмоль/мкл). Также отмечаются статистически значимые различия в группах пациентов с ТД ($23,365 \pm 0,637$ нмоль/мкл, $p < 0,0001$) и без нее ($19,906 \pm 0,503$ нмоль/мкл, $p < 0,0001$).

Высокий уровень кортизола у больных шизофренией свидетельствует об активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, как одного из регуляторов стресс-системы организма. Повышение концентрации гормона усугубляет нарушения дофаминэргической системы, наблюдаемые при шизофрении, особенно на фоне длительной антипсихотической терапии. Тенденция к повышению содержания кортизола у больных с ТД, возможно, обусловлена большей восприимчивостью к действию антипсихотических средств, приводящих к развитию побочных двигательных эффектов.

В определенных условиях и избыточных концентрациях глутамат действует как эксайтотоксин, в связи с чем существует теория об участии этой аминокислоты в патогенезе некоторых нейродегенеративных и психических заболеваний [2]. Согласно этой теории, происходит избыточный выброс в постсинаптическую щель возбуждающих нейромедиаторов, что приводит к гиперактивации постсинаптических глутаматных рецепторов и, как следствие, к нарушению проницаемости ионных каналов. Избыточное накопление внутриклеточного кальция запускает каскад реакций с активацией протеолитических ферментов и разрушением клеточных структур, ведет к увеличению синтеза оксида азота, возрастанию перекисного окисления липидов с последующим развитием окислительного стресса, нарушением синтеза нейротрофических факторов, а также к апоптозу [2].

Важную патогенетическую роль в механизмах развития поздней дискинезии может играть активация окислительного стресса. Так, в экспериментах на животных продемонстрировано, что классические антипсихотики в шесть раз повышают уровень свободных радикалов в митохондриях вследствие усиленного распада дофамина [4]. Окислительный стресс со временем усиливает деструктивные процессы, что может быть причиной позднего развития побочных двигательных расстройств [5].

Выводы: У больных шизофренией как с тардивной дискинезией, так и без двигательных расстройств, уровень антител к нативной и денатурированной ДНК выше физиологической нормы. Повышение уровня антител наблюдается на фоне увеличения концентрации кортизола у больных шизоф-

рений по сравнению с группой здоровых лиц, что может быть следствием как самого заболевания, так и действия нейролептических препаратов. Выявлено достоверное повышение концентрации глутамата в сыворотке крови у больных шизофренией по сравнению с группой контроля. Статистически значимое повышение глутамата отмечается у больных с побочными эффектами антипсихотической терапии относительно группы пациентов без двигательных расстройств.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о выраженности деструктивных процессов и показателей эксайтотоксичности у пациентов с лекарственно-индуцированными двигательными расстройствами.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 14-04-31876 мол_а «Эксайтотоксичность и деструктивные процессы в патогенезе лекарственно-индуцированных двигательных расстройств у больных шизофренией».

Список литературы:

1. Бурбаева Г.Ш., Бокша И.С., Стародубцева Л.И. и др. Нарушение метаболизма глутамата при шизофрении // *Вестник Российской академии медицинских наук.* – 2007. – № 3. – С. 19–24.
2. Курбат М.Н. L-глутамат: современный взгляд на известную аминокислоту // *Нейрохимия.* – 2009. – Т. 26, № 3. – С. 202–207.
3. *Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство.* / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гурович, С.Н. Мосолова и соавт. – М.: ИД Медпрактика, 2007. – 260 с.
4. Andreassen O.A., Jorgensen H.A. Neurotoxicity associated with neuroleptic-induced oral dyskinesias in rats. Implications for tardive dyskinesia? // *Progress in Neurobiology* – 2000 - № 61 – P. 525–541.
5. Boskovic M., Vovk T., Blanka Kores Plesnicar, Grabnar I. Oxidative Stress in Schizophrenia // *Current Neuropharmacology* – 2011 – Vol. 9 – P. 301-312.
6. Khot V., Egan M. F., Hyde T. M., Wyatt R. J. Neuroleptics and classic tardive dyskinesia // *Drug-induced movement disorders.* – 1992. – P.121-166.

Боярко Е.Г.

Изучение ассоциации полиморфизма гена PIP5K2A с шизофренией в русской популяции Сибирского региона)

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск

Ген фосфатидилинозитол-4-фосфат-5-киназы тип 2 альфа (PIP5K2A) выдвинут в качестве перспективного гена-кандидата предрасположенности к шизофрении на позиционном и функциональном основаниях (Harrison P.J. et al., 2005; Schwab S.G. et al., 2006). Ген расположен на хромосоме 10p (10p12) в районе, сцепленном с шизофренией (Schwab S.G. et al., 1998; Levinson D.F. et al., 2000).

Фермент PIP5K2A катализирует фосфорилирование фосфатидилинозитол-5-фосфата в 4 положении инозитольного кольца с образованием фосфатидилинозитол-4,5-бифосфата (PIP2), играющего уникально важную роль в нейрональной сигнальной трансдукции (Gamper N., Shapiro M.S., 2007; Suh B.C., Hille B., 2008; Koch M., Holt M., 2012).

Изначально была показана связь полиморфизма rs10828317 гена PIP5K2A с шизофренией в немецкой и голландской популяциях (Schwab S. et al., 2006; Bakker S.C. et al., 2007). Полиморфный вариант rs10828317 расположен в экзоне 7 и вызывает несинонимичную аминокислотную замену аспарагина на серин в PIP5K2A белке, приводя к образованию мутантной формы (N251S)-PIP5K2A (Schwab S.G. et al., 2006).

Связь полиморфного варианта rs8341 гена PIP5K2A киназы с шизофренией обнаружена в немецкой (Schwab S.G. et al., 2006) и китайской (He Z. et al., 2007) популяциях. Полиморфизм rs746203 ассоциирован с данным заболеванием в немецкой популяции (Schwab S.G. et al., 2006). В то же время в китайской (He Z. et al., 2007) и голландской (Bakker S.C. et al., 2007) популяциях такой связи не обнаружено.

В литературе встречаются противоречивые данные относительно полиморфного варианта rs1417374 гена PIP5K2A в пределах одной и той же немецкой популяции (Jamra R.A. et al., 2006; Schwab S.G. et al., 2006).

Исследование ассоциации полиморфных вариантов гена PIP5K2A киназы с шизофренией в русской популяции не проводилось.

Цель настоящей работы – изучение ассоциации полиморфных вариантов rs1417374, rs946961, rs1132816, rs11013052, rs943190, rs10828317, rs746203, rs8341 гена PIP5K2A киназы у больных шизофренией в русской популяции Сибирского региона.

Материалы и методы: Проведено обследование 366 пациентов, проходивших курс стационарного лечения в отделении эндогенных расстройств ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. Состояние пациентов на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10 (F20).

Диагностическая оценка и клиническая верификация шизофрении проведена с применением клинико-психопатологического, клинико-катамнестического и экспериментально-психопатологического методов с использованием стандартных международных психометрических шкал: PANSS

(оценка позитивной, негативной, общей психопатологической симптоматики), AIMS (оценка патологических непреднамеренных движений), CGI (общее клиническое впечатление).

В соответствии с диагнозами МКБ-10 и формами течения заболевания были выделены следующие группы: с параноидной шизофренией (F20.0) – 318 человек, с остаточной шизофренией (F20.5) – 13, с простой шизофренией (F20.6) – 13, с другим типом шизофрении (F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.8) – 22. Средний возраст больных составил 41 ± 15 лет (от 18 до 80 лет), среди них мужчин – 64,4%, женщин – 35,6%. Средняя продолжительность заболевания к моменту исследования составила $16,3 \pm 13,86$ года. Группу контроля составили 110 психически и соматически здоровых лиц без наследственной отягощенности по психическим расстройствам. Отбор здоровых лиц проводили, используя углубленный опрос с помощью «Анкеты обследования здоровых лиц». Все испытуемые считали себя этническими русскими и являлись жителями Сибирского региона. Среди них было 79,4% мужчин, 20,6% женщин, средний возраст составил $36 \pm 1,3$ года. У всех исследованных лиц было получено информированное согласие на проведение генетического исследования. Исследование проведено с соблюдением протокола, утвержденного локальным этическим комитетом ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН и в соответствии с Хельсинской Декларацией для экспериментов, включающих людей.

ДНК выделяли из венозной крови с ЭДТА сорбентным методом, с использованием набора фирмы «Медиген», согласно протоколу производителя. Генотипирование rs1417374, rs946961, rs1132816, rs11013052, rs943190, rs10828317, rs746203, rs8341 по методу ПЦР в реальном времени проводили с помощью набора фирмы Applied Biosystems на приборе StepOne Plus («Applied Biosystems», USA). Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием критериев χ^2 Пирсона и Крускала-Уоллиса с помощью пакета программ SPSS 17.0 for Windows. Соответствие распределения частот аллелей и генотипов равновесию Харди-Вайнберга проверяли по критерию χ^2 . Для оценки связи полиморфизма с заболеванием вычисляли отношение шансов (OR) и доверительные интервалы (CI) для отношения шансов (95% CI).

Результаты и обсуждение: Распределение частот генотипов полиморфизма rs10828317 гена PIP5K2A соответствовало равновесию Харди-Вайнберга в группе контроля, но его не было в группе больных шизофренией. Распределение частот генотипов других семи исследуемых полиморфных вариантов гена (rs1417374, rs946961, rs1132816, rs11013052, rs943190, rs746203, rs8341) соответствовало равновесию Харди-Вайнберга и в группе контроля, и в группе больных шизофренией.

Выявленные в данной работе частоты генотипов и аллелей полиморфных вариантов rs10828317, rs8341, rs746203, rs11013052, rs946961, rs1132816, rs1417374, rs943190 гена PIP5K2A, согласно международной базе данных ALFRED и по данным проекта HarMap, соответствуют аналогичным показателям в различных европейских популяциях и в целом соответствуют литературным данным.

Сравнение частот генотипов полиморфизма rs10828317 в группах больных шизофренией и контроля выявило существенное повышение частоты встречаемости генотипа CC у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами: генотип CC выявлен у 20,4% больных, в контроле – у 9,0% ($\chi^2=7,116$, $p=0,028$). Носителями аллеля C являются 40% пациентов, что достоверно выше частоты его встречаемости (32%) среди психически здоровых. OR, отражающее относительный риск развития заболевания у носителей определенного генотипа по сравнению со здоровыми донорами с 95% доверительным интервалом, составило 2,48 ($p=0,04$, 95% CI=1,19–5,17) для носителей генотипа CC. Достоверно высокое значение OR подтверждает наличие ассоциации полиморфного маркера rs10828317 с шизофренией.

При сравнении частот генотипов полиморфизма rs746203 также были выявлены статистически значимые различия в группе больных шизофренией и контрольной группе ($\chi^2=6,198$, $p=0,045$). Носителями генотипа TT в опытной группе являются 41% против 30% в контрольной. OR для данного генотипа составляет 1,63 ($p=0,049$, 95% CI=1,03–2,58). Из полученных данных можно сделать вывод, что у носителей генотипа TT повышен риск развития шизофрении.

В то же время мы не получили данных о значимых различиях частот генотипов и аллелей полиморфных вариантов rs8341, rs11013052, rs946961, rs1132816, rs1417374 и rs943190 в группах больных шизофренией и контроля.

В ходе исследования мы разделили группу больных шизофренией на 2 подгруппы: с преобладанием позитивной или негативной симптоматики. В результате анализа распределения частот генотипа rs10828317 в этих подгруппах мы получили статистически значимые различия ($\chi^2=11,815$, $p=0,003$). Группа с преобладанием позитивной симптоматики характеризуется выраженным повышением частоты аллеля C (52% против 36% в группе с преобладанием негативной симптоматики). В отношении остальных исследуемых полиморфизмов гена PIP5K2A мы не получили убедительных данных об их влиянии на формирование ведущей симптоматики заболевания.

Наши результаты подтверждают ассоциации rs10828317 и rs746203 гена PIP5K2A с шизофренией, показанные ранее в немецкой и голландской популяциях (Bakker S.C. et al. , 2007; Schwab S.G. et al., 2006), а также демонстрируют вовлеченность rs10828317 в формирование ведущей сим-

птоматики заболевания. Патофизиологическим объяснением этой ассоциации может являться нарушение функциональной активности мутантной (N251S)-PIP5K2A киназы в отношении PIP2-активируемых белков, в том числе нейрональных KCNQ каналов (Fedorenko O. et al., 2008), глутаматных EAAT3 транспортеров (Fedorenko O. et al., 2009) и ионотропных глутаматных рецепторов GluA1 (Seebahn G. et al., 2014), что приводит к дофаминергическому, глутаматергическому дисбалансу и проявлению продуктивной симптоматики шизофрении у пациентов носителей этой мутации.

Работа выполнена при поддержке грантов РФФИ «11-04-01102-а Изучение ассоциации полиморфизма гена PIP5K2A киназы с социально значимыми психическими и поведенческими расстройствами» и ФЦП (Соглашение № 8140) «Разработка комплекса маркеров основных социально значимых психических расстройств на основе изучения молекулярно-генетических механизмов дисрегуляции нейрональных протеинкиназных сигнальных путей».

Говш Е.В., Подсевакин В.Г., Кирюхина С.В., Подсевакина С.В.

Применение мексидола в условиях гипербарической оксигенации для коррекции постстрессорных изменений газового и электролитного составов крови

Кафедра нервных болезней и психиатрии ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», ГАУЗ РМ «Республиканская психиатрическая больница», Саранск

Исследованиями последних лет показано, что гипербарическая оксигенация (ГБО) и антиоксиданты проявляют выраженные стресс-протекторные свойства. Оксидантная линия адаптации определяет соотношение потребности и потребления кислорода, изменяя активность редокс- и антиредокс-систем в клетке. Антиоксидантная линия адаптации корректирует ход свободнорадикальных цепных реакций и мобилизацию антиоксидантных факторов для сохранения гомеостаза клетки (Леонов А.Н., 2008; Киселев С.О., 2008). В работах, проведенных нами ранее, выявлено, что в условиях иммобилизационного стресса ГБО предотвращает негативные изменения липидного состава плазмы крови подопытных животных, индекса атерогенности, конечных продуктов перекисного окисления липидов (Подсевакин В.Г. и соавт., 1996, 2000, 2009). А также активирует иммунные реакции, подавленные стрессом, и нормализует гормональный статус (Кирюхина С.В., 2010). Однако

кисотно-щелочного равновесие, баланс газов и электролитов крови, а также возможность их коррекции при стресс-обусловленной патологии в условиях воздействия мексидола и гипербарической оксигенации не изучались.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение влияния мексидола и ГБО на динамику некоторых показателей газов и электролитов крови у мышей при экспериментальном моделировании стресса.

Материалы и методы: Эксперименты выполнены в соответствии с этическими требованиями по работе с экспериментальными животными на 120 лабораторных белых мышах обоего пола весом 18–23 г. Изучали влияние мексидола в виде монотерапии и в сочетании с ГБО на показатели кислотно-щелочного и электролитного баланса крови животных, находящихся как в условиях обычного двигательного режима, так и в условиях иммобилизационного стресса (группы 1–4). Группы контроля составили животные, находящиеся в условиях обычного двигательного режима (группа 5 – контроль 1) и иммобилизационного стресса в сочетании с внутрибрюшинным введением изотонического раствора натрия хлорида в объеме 0,5 мл (группа 6 – контроль 2). Иммобилизационный стресс моделировали, помещая животных в тесные боксы на 5 часов в сутки. Гипербарическую оксигенацию проводили в барокамерах «БЛКС-301М» (Россия) при избыточном давлении 0,8–1,0 атмосферы, период изопрессии составлял 15 минут. Мексидол применяли в дозе 5 мг/кг (5% раствор в ампулах по 2 мл, «Фармасофт», Россия), вводили внутрибрюшинно в суммарном объеме 0,5 мл однократно в 9 ч, ежедневно в течение 5 дней. Исследования проводили на анализаторе газового и электролитного состава крови Easy Stat (США). Определяли рН (величина активной реакции среды); напряжение углекислого газа ($p\text{CO}_2$); напряжение кислорода ($p\text{O}_2$); концентрацию бикарбоната (HCO_3); количество ионов натрия (Na^+) и калия (K^+). Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами статистики с помощью стандартного пакета программ Statistics 6.0.

Результаты и обсуждение: У мышей, находящихся в состоянии острого стресса, были обнаружены изменения газового состава крови в виде снижения парциального напряжения кислорода с $67,13 \pm 4,55$ мм рт. ст. до $56,28 \pm 5,31$ мм рт. ст. и повышения $p\text{CO}_2$. При этом наблюдали сдвиг кислотно-щелочной реакции крови с $7,351 \pm 0,021$ до $7,289 \pm 0,025$, уменьшение бикарбонатов с $14,98 \pm 1,04$ ммоль/л до $13,18 \pm 0,71$ ммоль/л. Изменения электролитного состава крови были незначительными, в основном отмечалась тенденция увеличения натрия с $143,16 \pm 1,14$ ммоль/л до $146,17 \pm 1,18$ ммоль/л. Полученные нами результаты согласуются с известными данными о стрессопосредованных изменениях кислотно-щелочного состояния крови грызунов (Цымбал А. А., 2012).

Под воздействием мексидола в условиях обычного двигательного режима статистически значимых изменений изучаемых показателей не наблюдалось. Сочетанное использование мексидола и гипербарической оксигенации приводило к нормализации соотношения парциального напряжения кислорода и углекислого газа: увеличению давления кислорода до $69,16 \pm 4,32$ мм рт. ст. и снижению напряжения CO_2 . В условиях иммобилизационного и инъекционного стресса мексидол в виде монотерапии оказывал защитный эффект в отношении показателя «рН крови», который соответствовал уровню интактных животных, при этом парциальное напряжение кислорода оставалось сниженным. Антигипоксикантные и антиоксидантные свойства сочетания мексидола и гипербарической оксигенации в условиях стресса проявлялись оптимизацией соотношения напряжения кислорода и углекислого газа, показатель «рН крови» соответствовал значениям контроля 1.

Выявленные нами изменения газового и кислотно-щелочного состояния крови у грызунов при стрессе в виде сдвига рН в сторону ацидоза, снижения бикарбонатов, выраженного уменьшения парциального напряжения кислорода, подтверждают роль фактора гипоксии в патогенезе стрессорных повреждений. Под воздействием мексидола и ГБО в условиях иммобилизационного стресса происходила определенная нормализация кислотно-основного равновесия и газов крови, что, возможно, связано с комплексным фармакологическим воздействием на основные патогенетические механизмы стресса.

Выводы: Учитывая стресс-протекторное действие мексидола в условиях гипербарической оксигенации в виде восстановления кислотно-щелочных реакций и газового состава крови, позволяет рекомендовать данную схему лечения в комплексной терапии пациентов со стресс-обусловленными заболеваниями.

*Калинина В.В.***, *Грызунов Ю.А.**, *Смолина Н.В.**, *Узбеков М.Г.***,
*Мисионжник Э.Ю.***, *Добрецов Г.Е.**, *Шихов С.Н.***

Система нейромедиаторных моноаминов и окислительно-восстановительные функции альбумина у больных с первым эпизодом шизофрении

*** ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России, Москва*

** ФГУ «НИИ физико-химической медицины» ФМБА РФ, Москва*

Введение: В настоящее время значительное внимание уделяется ранней диагностике и своевременной помощи больным с впервые возникшим пси-

хотическим заболеванием. Целесообразность раннего вмешательства при первом эпизоде шизофрении обосновывается возможностью ускорения наступления ремиссии, уменьшения социальных потерь, улучшению качества их жизни. Показано, что пациенты с шизофренией еще до начала терапии имеют значительные метаболические нарушения [4], которые сопровождаются изменением активности ферментов, накоплением токсических продуктов в организме. Как следствие, немалый интерес представляет состояние систем защиты против возникающей интоксикации и развивающегося окислительного стресса. При изучении этой проблемы обычно измеряются аскорбиновая кислота, различные антиоксидантные ферменты и др. В физиологических условиях до 80% всех определяемых высокомолекулярных тиолов плазмы составляют именно тиолы альбумина [8]. Концентрация и реакционная способность тиоловых групп альбумина в сыворотке крови при психических заболеваниях ранее никем не определялись. Однако нарушение этого звена окислительно-восстановительных процессов у психически больных, возможно, играет роль в развитии метаболических нарушений, которые были определены нами ранее как синдром эндогенной интоксикации [5]. Сывороточный альбумин имеет всего одну восстановленную SH-группу в положении Cys-34. При обрывании цепи свободнорадикального окисления, эта тиоловая группа окисляется безвозвратно. Кроме того, изменение реакционной способности тиоловых групп альбумина может выступить маркером его конформационных изменений, а также маркером снижения его антиоксидантных способностей.

Целью исследования явилось изучение биохимических показателей, отражающих состояние нейромедиаторных моноаминов, и оценка окислительно-восстановительных свойств молекулы альбумина при первом эпизоде шизофрении (ПЭШ).

Материалы и методы: Были обследованы 26 человек (средний возраст 28 ± 9), все пациенты поступили в Московский НИИ психиатрии и были обследованы в период первого приступа шизофрении, до лечения. Тяжесть расстройств до лечения составляла 75 ± 2 балла по шкале PANSS, что соответствует умеренной выраженности расстройств. Концентрацию и реакционную способность SH-групп альбумина определяли в альбуминовой фракции. Концентрацию SH-групп определяли в классической реакции Элмана [7] тиолдисульфидного обмена с тиол-специфичным реагентом – дитионитробензойной кислотой (ДТНБ), в присутствии детергента. Реакционную способность SH-групп альбумина оценивали с помощью модификации реакции Элмана – в отсутствие детергента, ускоряющего реакцию. Активности моноаминоксидазы тромбоцитов и семикарбазид – чувствительной аминоксидазы сыворотки крови определяли по методам [2] и [1] соответственно.

Результаты и обсуждение: Больные характеризовались достоверным повышением активности моноаминоксидазы тромбоцитов (на 107%; $p < 0,01$) и снижением активности семикарбазид – чувствительной аминоксидазы сыворотки крови (на 29%; $p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой (10 доноров). Исследование реакционной способности SH-групп, оставшихся неокисленными в реакции с тиол-специфичным реагентом дитионитробензолом, показало снижение константы скорости реакции (K_v) (на 24%; $p < 0,05$) по сравнению с контролем. При анализе совместно концентрации и реакционной способности тиоловых групп альбумина сыворотки крови было показано, что больные с первым эпизодом шизофрении с высокой достоверностью отличаются от здоровых доноров с помощью дискриминантной функции. Дискриминантная функция позволяет отличить больных от здоровых с 86% вероятностью по двум показателям – концентрации и реакционной способности тиоловых групп альбумина. Кроме того, больные с ПЭШ разделились на две группы – с высокой и низкой константой скорости K_v .

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с ПЭШ еще до начала лечения имеются значительные нарушения моноаминергического нейромедиаторного обмена и свойств тиоловых групп альбумина. Так как альбумин составляет до половины всех белков сыворотки крови, участвует в транспорте многих соединений, а также участвует в защите от свободнорадикального окисления, то изменение его функций может оказывать значительное влияние на изменение окислительно-восстановительных процессов в организме. Альбумин является главным транспортным белком, переносящем лекарственные средства, в том числе и психотропные препараты, назначаемые при первом эпизоде шизофрении. Изменение реакционной способности тиоловых групп альбумина говорит об изменении их «доступности» для взаимодействия с окислителями, а значит, и об изменении конформационного состояния всей молекулы. Изменение конформационного состояния альбумина может отражаться на его транспортной функции.

Список литературы:

1. Балаклеевский А.И. Колориметрический способ определения активности моноаминоксидазы в сыворотке крови // Лаб. Дело, 1976. Т. 3. С. 151–153.
2. Волошина О.Н., Москвитина Т.А. Метод определения активности тромбоцитарной моноаминоксидазы // Лаб. Дело, 1985. Т.5. С. 289–291.
3. Николайчик В.В., Моин В.М., Кирковский В.В. и др. Способ определения «средних молекул». // Лаб. Дело, 1991. Т. 10. С. 13–18.
4. Узбеков М.Г., Мисионжник Э.Ю., Шмуклер А.Б. и др. Нарушение активности моноаминоксидазы и показателей эндогенной интоксикации у

- больных с первым эпизодом шизофрении // Журн. Невр. и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2009. Т. 109 № 5. С. 48–52.
5. Узбеков М.Г., Мисионжник Э.Ю. Неспецифический синдром эндогенной интоксикации как интегральный компонент патогенеза психических расстройств // Рос. психиат. журн., 2000. Т. 4. С. 56–65.
 6. Под редакцией А.И. Карпищенко. СПб.: «Интермедика». Медицинские лабораторные технологии (в 2 томах), 1999. Т. 2. С. 618–647.
 7. Ellman GL. Tissue sulfhydryl groups // Arch Biochem Biophys. 1959. Vol.82 №.1. P.70-7.
 8. P.C.Jocelyn: Biochemistry of the SH group; 1972 / Academic Press, London and New York.

Кондратьев Н.В.

Контроль качества данных полногеномного поиска ассоциаций однонуклеотидных полиморфизмов с шизофренией

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Цель исследования: Полногеномный поиск ассоциаций – мощный молекулярно-генетический метод, позволяющий сравнительно просто идентифицировать ранее неизвестные генетические факторы риска, связанные с развитием конкретной болезни (Ies, 2008; McCarthy et al., 2008). Начиная с 2007 года этот метод начал широко применяться в биомедицинских исследованиях для поиска генов, ассоциированных с распространенными заболеваниями, благодаря радикальному снижению стоимости получения полногеномной генетической информации. Шизофрения, этиология которой до сих пор остается неясной, несмотря на установленный значительный вклад генетических факторов, является естественным предметом изучения с помощью полногеномного поиска ассоциаций. Качество собранных «сырых» данных напрямую влияет на достоверность полученных результатов, поэтому контроль качества в полногеномных исследованиях ассоциаций является первым и необходимым этапом анализа полученных данных. Целью моей работы было проведение контроля качества в базе данных полногеномного поиска ассоциаций, полученных в нашей лаборатории.

Материалы и методы: База данных полногеномного поиска ассоциаций была получена в рамках «Седьмой рамочной программы» (FP7) Европейского Союза, код проекта – PsychCNVs, на оборудовании компании deCODE genetics, а именно секвенаторов так называемого «следующего поколения»

Illumina Inc. с микрочипами типа HumanCNV610-Quad и реактивами той же фирмы. Эти микрочипы позволяют получать информацию о более чем шестистах тысячах генетических маркеров на пробу ДНК. Большая часть этих маркеров являются однонуклеотидными полиморфизмами (ОНП), идентифицированными в проекте НарМар. Выборка образцов, проанализированная с помощью данного метода, включала в себя 487 российских пациентов с диагнозом «шизофрения» и контрольную выборку из 457 здоровых людей. Диагноз был установлен с использованием структурированных интервью (SADS или MINI) в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Контроль качества полученных данных был осуществлен с помощью программного обеспечения PLINK – одного из самых распространенных инструментов для анализа ассоциаций (Purcell et al., 2007). Для перекодирования данных из формата Illumina в формат PLINK были использованы возможности скриптового языка программирования Perl. Визуализация результатов работы программ PLINK выполнялась средствами статистического программного обеспечения R.

Результаты и обсуждение: Была использована стандартная процедура контроля качества в исследованиях полногеномного поиска ассоциаций (Laurie et al., 2010; Turner et al., 2011):

1. Контроль количества неопределенных генотипов (команда `--missing`, файл `plink.lmiss`). Для ОНП с частотой минорного аллеля больше пяти процентов порог отсека составил не больше 5% неопределенных генотипов (4263), для ОНП с частотой минорного аллеля от одного до пяти процентов – 1% (1427). ОНП с меньшей частотой минорного аллеля (30120) были исключены из анализа.
2. Нарушение равновесия Харди-Вайнберга в контрольной выборке указывает на артефакты генотипирования (команда `--hwe`). Из базы было исключено 844 ОНП, не прошедших тест на равновесие Харди-Вайнберга ($p=0,001$).
3. Пробы с большим числом неопределенных генотипов (например, из-за некачественно выделенной ДНК) были исключены из базы данных (команда `--missing`, файл `plink.nmiss`, порог отсека – 1%, всего таких проб – 7).
4. Был выявлен 1 образец с несоответствием данных о поле с генетической информацией о маркерах на половых хромосомах (команда `--check-sex`).
5. Анализ на гетерозиготность (отклонение от ожидаемого среднего числа гетерозигот для каждой пробы) позволяет обнаруживать образцы, полученные от инбредных индивидуумов (команда `--het`).

Также аномально высокая гетерозиготность указывает на контаминацию ДНК. Анализ не выявил ни той, ни другой проблемы.

6. IBD/IBS-анализ позволяет определить родственные связи между индивидуумами в выборке. Даже при тщательном отборе образцов нередко возникает ситуация, когда сами пациенты не догадываются о том, что они являются родственниками. Между тем присутствие даже очень дальних родственников может серьезно исказить результаты поиска ассоциаций. По полногеномным данным можно достоверно определить до пятой степени родства (команда `--genome`). С помощью такого анализа было выявлено 23 пары родственных связей, и в базе был оставлен только 1 человек на семью.
7. Отсутствие выраженной популяционной структуры в выборке можно оценить с помощью разложения пространства генотипов на главные компоненты, используя метрику, полученную ранее в IBD/IBS-анализе (команда `--cluster --matrix`). Для этого были использованы только ОНП, находящиеся в равновесном сцеплении (определяется командой `--indep`). Результат этого анализа показывает, что все образцы расположены в одном кластере. Тем не менее наиболее отдаленные от основной массы проб образцы были исключены из базы (порог отсечения – более 3σ , команда `--neighbours`, всего 10 человек). Все эти люди действительно принадлежат к национальностям, отличным от большинства людей в выборке.

Основной контрольный график любого исследования полногеномных ассоциаций – квантиль-квантильный график распределения всех полученных P -уровней в анализе ассоциаций к ожидаемым P -уровням (команда `--assoc`). Квантиль-квантильный график после осуществленного контроля качества выглядит корректно (геномный фактор инфляции $\lambda = 1,033$); видно около десятка ОНП, ассоциированных с шизофренией в данной выборке на уровне значимости выше, чем порог, определяемый поправкой Бонферрони.

Выводы:

1. В данной работе был осуществлен первый этап анализа «сырых» данных полногеномного поиска ассоциаций ОНП с шизофренией на российской выборке.
2. В результате по разным причинам из дальнейшего анализа были исключены 36464 ОНП (примерно 6% ОНП на микрочипе) и 42 пробы (примерно 5% начальной выборки).
3. Полученные результаты могут быть использованы для выявления и верификации ранее неизвестных ОНП, ассоциированных с шизофренией.

Список литературы:

1. Ples, M.M. (2008). *What Can Genome-Wide Association Studies Tell Us about the Genetics of Common Disease?* PLoS Genet 4, e33.
2. Laurie, C.C., Doheny, K.F., Mirel, D.B., Pugh, E.W., Bierut, L.J., Bhangale, T., Boehm, F., Caporaso, N.E., Cornelis, M.C., Edenberg, H.J., et al. (2010). *Quality control and quality assurance in genotypic data for genome-wide association studies.* Genet. Epidemiol. 34, 591–602.
3. McCarthy, M.I., Abecasis, G.R., Cardon, L.R., Goldstein, D.B., Little, J., Ioannidis, J.P.A., and Hirschhorn, J.N. (2008). *Genome-wide association studies for complex traits: consensus, uncertainty and challenges.* Nat. Rev. Genet. 9, 356–369.
4. Purcell, S., Neale, B., Todd-Brown, K., Thomas, L., Ferreira, M.A.R., Bender, D., Maller, J., Sklar, P., de Bakker, P.I.W., Daly, M.J., et al. (2007). *PLINK: a tool set for whole-genome association and population-based linkage analyses.* Am. J. Hum. Genet. 81, 559–575.
5. Turner, S., Armstrong, L.L., Bradford, Y., Carlson, C.S., Crawford, D.C., Crenshaw, A.T., de Andrade, M., Doheny, K.F., Haines, J.L., Hayes, G., et al. (2011). *Quality control procedures for genome-wide association studies.* Curr. Protoc. Hum. Genet. Editor. Board Jonathan Haines A1 Chapter 1, Unit1.19.

Кочегуров В.В.

Изменения фосфолипидного обмена у детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА» Минздрава России, Тверь

В диагностике различных заболеваний, в том числе психических расстройств, все большее внимание уделяется показателям липидного обмена (Климов А.Н., 1999; Зиньковский А.К. и соавт., 2001; Говорин Н.В. и соавт., 2007). В результате многочисленных исследований были изучены изменения липидного обмена при стрессе. В условиях чрезмерно сильного и/или затянувшегося стрессорного воздействия на клеточном уровне происходит повреждение мембран избытком ионов кальция, запускается свободнорадикальное окисление липидов. Накопление свободных жирных кислот и ненасыщенных фосфолипидов (ФЛ) приводит к повышению проницаемости и разрушению мембран (Меркушкина И.В., 2009). При органическом поражении головного мозга различного генеза обнаружены изменения содержания различных фракций ФЛ, преимущественно сфингомиелина, фосфатидилхолина, фосфатидилсерина (Miyamoto O., 2000).

Сообщения о нарушениях липидного обмена при психических расстройствах у детей, в частности при пограничной интеллектуальной недостаточности (ПИН), практически отсутствуют. В то же время ПИН – одна из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста – включает легкие интеллектуальные нарушения, занимающие промежуточное положение между умственной отсталостью и интеллектуальной нормой (Шалимов В.Ф., 2003). В силу неоднородности группы детей с ПИН с точки зрения этиопатогенеза, их неодинакового коррекционного потенциала и прогноза, становится актуальным решение вопроса о методах диагностики и выборе обоснованной терапии данного контингента детей. Так как среди детей с ПИН большую часть составляют лица с резидуальной органической патологией, а также в связи с тем, что их воспитание характеризуется наличием многочисленных стрессов (частый асоциальный образ жизни их родителей, проживание в учебных заведениях интернатного типа), актуальным является изучение изменений фосфолипидного спектра сыворотки крови у данного контингента.

Цель исследования: Выявление особенностей фосфолипидного обмена у детей с ПИН с целью совершенствования их медицинского обеспечения.

Материалы и методы: С помощью методики Векслера (WISC, детский вариант, адаптированный А. Ю. Панасюком) была обследована сплошная выборка учащихся специализированного коррекционного образовательного учреждения VII типа в возрасте 12–15 лет (средний возраст $14,1 \pm 0,8$ года), включающая 98 человек (55 мальчиков, 43 девочки). В основную группу был отобран 91 ребенок (52 мальчика, 39 девочек) с ПИН: уровень общего показателя интеллекта по Векслеру 71–90 баллов, среднее значение $86,2 \pm 1,74$ балла. Контрольную группу составили 63 ребенка с без ПИН аналогичного возраста ($13,9 \pm 0,6$ года), учащиеся средней общеобразовательной школы. Критериями исключения детей из обследования стало наличие острой инфекционной патологии и обострение сопутствующих хронических заболеваний. На участие в исследовании как в основной, так и в контрольной группе, было получено письменное добровольное информированное согласие родителей (или иных законных представителей) детей в возрасте до 15 лет и самих респондентов старше 15 лет.

В работе использованы психопатологический (методика Векслера, WISC), биохимический (тонкослойная хроматография ФЛ сыворотки (ТХ), биофизический (инфракрасная спектрометрия сыворотки крови (ИК) и статистический методы исследования.

Экстракция липидов для ТХ осуществлялась по методу E.G.Bligh. Определение общих липидов проводилось по методу Марша. Количественное содержание отдельных липидных фракций регистрировалось с помощью

денситометрии (денситометр CS-9000, Shumadzu, Япония). Метод ИК позволяет регистрировать электромагнитные колебания в инфракрасных спектрах поглощения биологических жидкостей, а следовательно, косвенно судить о концентрациях химических веществ в органах и тканях (Гордцево А. С., 2010). Для проведения ИК-спектрометрии использовался девятиканальный спектроанализатор «ИКАР». С помощью интерференционных фильтров выделялись следующие диапазоны: 3500–3200, 3085–2832, 2120–1880, 1710–1610, 1600–1535, 1543–1425, 1430–1210, 1127–1057, 1067–930 см⁻¹. Спектрометр был сертифицирован как новый тип измерителя (сертификат № 5745 от 20.11.98 г.). Первичную обработку сигнала с «ИКАРа» проводили специализированным программным обеспечением, разработанным для этих целей на базе операционной системы Windows XP. Статистические различия устанавливались с помощью метода непараметрической статистики: U-критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования: С помощью ТХ сыворотки крови были обнаружены качественные и количественные отличия в содержании общих липидов и отдельных фракций ФЛ у детей с ПИН от указанных показателей в группе контроля. Изучение относительных показателей содержания отдельных классов общих липидов показало, что в сыворотке крови у детей с ПИН ФЛ было достоверно больше (26,2±1,15%; 18,9±0,83%, $p < 0,05$), а диглицеридов/триглицеридов достоверно меньше (22,5±1,01%; 29,9±1,33%, $p < 0,05$). При анализе относительных показателей содержания фракций ФЛ у воспитанников интерната была зафиксирована большая доля сфингомиелина (28,3±1,27%; 24,6±1,08%, $p < 0,05$) и меньшая фосфатидилинозитола (3,9±1,15%; 5,2±0,22%, $p < 0,05$) и лизоформ ФЛ (3,8±1,13%; 7,8±0,32%, $p < 0,05$). Количественные отличия в содержании общих липидов и ФЛ в сыворотке у детей с ПИН заключались в существенно меньшей их концентрации (в 2,1 раза), чем у детей с интеллектуальной нормой, как в целом (общие липиды: 394±13,97 мг/%; 736,4±29,44 мг/%; ФЛ: 73,1±2,92 мг/%; 138,8±5,54 мг/% соответственно, $p < 0,01$), так и по отдельным классам веществ.

При анализе средних значений показателей пропускания (ПП) ИК-спектра сыворотки крови установлено, что у детей с ПИН наблюдаются достоверные отличия от детей с нормативным уровнем интеллекта по всем изучаемым областям спектра ($p < 0,05$). Наиболее информативными диапазонами являлись 3-й и 5-й каналы комплекса «ИКАР». При этом ПП по 3-му каналу у детей основной группы были в 1,9 раза выше (88,0±3,51%), а по 5-му каналу в 2,1 раза ниже (19,7±0,48%) по сравнению с детьми группы контроля (46,3±1,84%; 41,5±1,65% соответственно, $p < 0,01$). Тестируемые по 3-му каналу химические связи типа Р-ОН, -СН (-СН=СН₂, -СН=СН-), в наибольшем количестве встречаются в ФЛ, триглицеридах и эфирах хо-

лестерина. Высокие ПП в данной области ИК-спектра косвенно подтверждают обнаруженную с помощью тонкослойной хроматографии низкую концентрацию этих веществ в сыворотке детей с ПИН. В то же время большая доля сфингомиелина в составе ФЛ у детей основной группы находит свое отражение в низких ПП ИК-спектра по 5-му каналу, так как существенное влияние на данный параметр оказывают химические связи, присущие сфингомиелину.

Изучение возможности коррекции нарушений метаболизма ФЛ у детей с ПИН проводилось с помощью пептидного регулятора кортексина. Кортексин вводился внутримышечно в дозе 10 мг 1 раз в 2 дня, курс лечения 10 инъекций. Изучение изменений фосфолипидного обмена после курса терапии, рассматриваемых в качестве критерия эффективности лечения, проводилось с помощью ИК-спектрометрии на 5 день после последней инъекции препарата. При оценке средних значений ПП ИК-спектра сыворотки крови детей с ПИН обнаружены их достоверные отличия до и после лечения кортексином по всем изучаемым областям ($p < 0,05$). Следует отметить, что среди наиболее информативных диапазонов ИК-спектра были отмечены 4-й, характеризующий присутствие $-C=O$ связи, которая содержится во всех ФЛ, и 9-й каналы, тестирующий фосфатидные связи $-P-O-C$ и $-P-OH$, присущие фосфатидилинозитолу, фосфатидилэтаноламину и фосфатидилсерину. Снижение средних значений ПП в данных областях после курса лечения достигали 3,1 и 2,5 раза соответственно ($p < 0,01$).

Обсуждение результатов: Выявленные в основной группе нарушения фосфолипидного обмена, выражающиеся в более низком их содержании в крови, изменении их состава, могут указывать на дестабилизацию клеточных мембран (в том числе нейронов), изменение проницаемости гематоэнцефалического барьера (Зиньковский К. А., 2004). Низкий уровень общих липидов и ФЛ у детей с ПИН, наряду с действием алиментарного фактора, возможно, связан с активацией липаз и фосфолипаз, а также усилением перекисного окисления липидов, что отмечается при пребывании в условиях хронического стресса (Говорин Н. В. и соавт., 2007). Более высокая доля сфингомиелина в крови у детей с ПИН может отражать структурно-метаболические изменения нейромембран при данной патологии и повреждение цитоскелета нейронов. Следовательно, метаболические изменения, обнаруженные у детей основной группы, свидетельствуют о наличии связи между нарушениями обмена ФЛ и ПИН. Результаты лечения, указывающие на активацию метаболизма ФЛ, могут расцениваться как запуск адаптивных процессов в организме детей с ПИН (Зиньковский А. К. и соавт., 2001; Зубарева Г. М., 2005).

Выводы: В сыворотке крови детей с ПИН обнаружены достоверные качественные и количественные отличия в содержании общих липидов и отдельных фракций ФЛ, заключающиеся в большей доли ФЛ и в меньшей доле диглициридов/триглицеридов. Концентрация общих липидов и ФЛ в сыворотке данной категории детей была в 2,1 раза ниже, чем у детей с интеллектуальной нормой. Наиболее выраженное изменение ПП ИК-спектра сыворотки крови детей в диапазонах длин волн 3500–3100 см⁻¹, 1750–1610 см⁻¹, 1067–930 см⁻¹ отражает степень дестабилизации и повреждения клеточных мембран. Для повышения эффективности лечения ПИН обосновано назначение кортексина, обладающего способностью корректировать нарушения метаболизма ФЛ. Для диагностики ПИН в трудных экспертных случаях и оценки проводимой терапии рекомендуется ИК сыворотки крови в качестве экспресс-метода.

Лосенков И.С., Вялова Н.М.

Внутриклеточное содержание белков Akt1/GSK-3β-сигнального пути у больных аффективными расстройствами

*ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения РАМН, Томск*

Изучение киназных сигнальных путей представляет собой новое и быстро развивающееся направление в области нейрональной сигнальной трансдукции, которое связано с нарушением нейробиологических процессов при психических расстройствах. Белки Akt1/GSK-3β-сигнального пути принимают участие в регуляции большого количества клеточных функций, таких как нейротрансмиссия серотонина, дофамина, глутамата, регуляция процессов синаптической пластичности, нейродегенерации, роста и гибели нейронов, формирования нейрональной полярности (Beaulieu J.M., 2012). В экспериментальных исследованиях на животных показано, что дисрегуляция Akt1/GSK-3β-сигнального пути, сопровождающая повышенной активностью GSK-3β, приводит к развитию депрессивно- и маниакально-подобного поведения. Однако данные об активности этих белков у пациентов с аффективными расстройствами немногочисленны и противоречивы (Polter A. et al., 2010; Diniz B. et al., 2011; Joaqium H. et al., 2012).

Мононуклеары крови могут служить достоверной моделью для отображения процессов, происходящих в нейронах (Gladkevich A., 2004), в связи с чем актуально изучение внутриклеточных белков мононуклеаров, как биомаркеров психических расстройств.

Цель исследования: Целью исследования явилось определение внутриклеточного уровня белков Akt1/GSK-3 β -сигнального пути: общей и неактивной, фосфорилированной по серину-9 формы киназы гликогенсинтазы 3 β , а также общей и активной, фосфорилированной по серину-473 изоформы протеинкиназы B (Akt1) в мононуклеарах крови больных аффективными расстройствами.

Материалы и методы: Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г.). После получения информированного согласия было обследовано 60 больных аффективными расстройствами, проходивших лечение в отделении аффективных состояний клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. Пациенты имели следующие клинически верифицированные диагнозы по Международной классификации болезней, версия 10 (МКБ-10): биполярное аффективное расстройство (БАР), (F31) – 16 человек, депрессивное расстройство – 44 человека, из них 26 – с диагнозом «депрессивный эпизод» (F32) и 18 – с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство» (F33). Критерием исключения для группы пациентов с БАР являлся прием препаратов лития. Группу контроля составили 34 психически и соматически здоровых донора. Венозную кровь брали из локтевой вены в период с 8:00 до 9:00 натошак в пробирки фирмы BD Vacutainer с антикоагулянтом ЭДТА до начала медикаментозной терапии. Мононуклеары крови были выделены из венозной крови на градиенте фикола. Внутриклеточное содержание исследуемых белков определяли методом иммуноблоттинга с хроматографической детекцией. Относительный уровень исследуемого белка в пробе вычислялся по референсному сигналу β -актина. Относительный уровень фосфоформ GSK-3 β и Akt1 рассчитывался по отношению к содержанию их общих фракций. Статистическая обработка данных была проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS 20.0. Проверка нормальности распределения количественных показателей проводилась по критерию Колмогорова-Смирнова. Для каждой выборки вычисляли медиану, первый и третий квартили. Сравнение изучаемых показателей проводили с помощью непараметрических критериев Манна и Краскела-Уоллиса. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$

Результаты и их обсуждение: В результате исследования внутриклеточного содержания белков Akt1 и GSK-3 β , а также их фосфоформ были получены следующие данные. В группах пациентов с депрессивными и биполярным расстройствами содержание общей GSK-3 β составило 0,75 (0,60–0,84) и 0,78 (0,69–0,99) соответственно, что значимо превышало значение данного показателя у здоровых доноров (0,61 (0,48–0,66) ($p=0,001$)). Внутриклеточный уровень исследуемого белка у пациентов с рекуррентным депрес-

сивным расстройством (0,82 (0,68–0,93) был выше по сравнению с группой больных с диагнозом «депрессивный эпизод» (0,66 (0,55–0,80) ($p=0,042$) и больных БАР ($p = 0,032$). Различий по величине уровня фосфорилированной по серину-9 GSK-3 β в группах контроля, больных депрессивными расстройствами и БАР выявлено не было ($p=0,052$). Содержание фосфо-серин-9 GSK-3 β также не отличалось у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством и у больных с диагнозом «депрессивный эпизод» ($p=0,832$). Содержание общей Akt1 у больных депрессивными расстройствами и БАР составило 0,61 (0,53–0,78) и 0,59 (0,55–0,77) соответственно и было значимо ниже по сравнению с контролем (0,85 (0,51–1,00) ($p=0,006$). Различий в содержании данного белка между группами пациентов с депрессивными расстройствами выявлено не было ($p=0,783$). Уровень фосфо-серин-473 Akt1 у здоровых доноров (0,74 (0,61–0,90) и пациентов с БАР (0,76 (0,72–0,83) был значимо выше, чем у больных с депрессивными расстройствами (0,61 (0,51–0,74) ($p=0,019$). Различий в уровне фосфо-серин-473 Akt1 между группами пациентов с депрессивными расстройствами выявлено не было ($p=0,058$).

В 1996 году в работе Klein и соавт. было показано, что нормотимик литий способен эффективно блокировать активность внутриклеточного белка киназы гликогенсинтазы 3 β (GSK-3 β). Более поздние исследования доказали, что нормотимический эффект лития связан с ингибированием этого фермента, причем многие нормотимики и антидепрессанты способны блокировать его активность. Это положило начало изучению роли GSK-3 β в патогенезе аффективных расстройств. В нашей работе впервые выявлена связь GSK-3 β и Akt1 с клиническим полиморфизмом депрессивных расстройств. Впервые показано повышение общей GSK-3 β у больных рекуррентным депрессивным расстройством. Также был продемонстрирован высокий уровень данного белка у больных с биполярным аффективным расстройством (БАР), что согласуется с ранее выполненными работами (Pandey G., 2010; Li X., 2007). Вероятно, что повышение GSK-3 β может играть роль в прогрессировании патологии и обуславливать рецидивирующее течение рекуррентной депрессии и БАР. Известно, что фосфорилирование по серину-9 ингибирует функцию GSK-3 β , и предполагается, что ее активность связана с развитием депрессивной симптоматики. Наше исследование не выявило различий в содержании фосфорилированной по серину-9 GSK-3 β , что не вполне согласуется с ранее полученными данными. В ряде работ показан низкий уровень данной фосфоформы GSK-3 β у пациентов с БАР (Polter A., 2010, Li X., 2007). Однако результаты этих исследований могут быть связаны с тем, что пациенты принимали литий, который, как известно, блокирует фосфорилирование GSK-3 β по серину-9. Критерием исключения в нашей работе для пациентов с БАР был прием препаратов лития. Сложно сказать, отражают ли полученные нами данные действительный уровень фосфоформы GSK-3 β ,

либо являются следствием длительного приема иных нормотимиков. Diniz et al. (2011) продемонстрировали снижение фосфоформы GSK-3 β у больных депрессивными расстройствами, но данная работа была выполнена на тромбоцитах, поэтому ее результаты не могут быть сопоставимы с нашим исследованием. Причина в отсутствии различий в содержании фосфоформы GSK-3 β остается пока не ясной. Активность GSK-3 β также зависит от фосфорилирования по серину-398 и тирозину-216 и, вероятно, этот процесс может быть более важен для патогенеза депрессии. Низкое содержание общей Akt1 у больных депрессивными расстройствами и БАР свидетельствует о дизрегуляции этих сигнальных путей, а также, возможно, высокой активности GSK-3 β , что может являться одним из факторов патогенеза данных расстройств. Пониженное фосфорилирование Akt1 по серину-473 у больных депрессивными расстройствами может быть связано с недостатком серотонина и дофамина. Сложным для объяснения является отсутствие различий в уровне фосфо-серин-473 Akt1 между группой контроля и БАР. Патогенез БАР до конца не изучен и включает в себя больше, чем просто дизрегуляция сигнальных путей серотонина и дофамина.

Выводы: Таким образом, в ходе исследования обнаружен повышенный уровень общей GSK-3 β в мононуклеарах крови у больных аффективными расстройствами. Выявлено более высокое содержание данного белка у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством по сравнению с группой больных, имевших депрессивный эпизод. Выявлено снижение общей Akt1 в группе больных аффективными расстройствами и достоверно низкое содержание фосфо-серин-473-Akt1 у пациентов с депрессивными расстройствами. Полученные результаты свидетельствуют о дизрегуляции Akt1/GSK-3 β -сигнального пути в патогенезе биполярных аффективных расстройств и рекуррентного депрессивного расстройства.

Исследование выполнено в рамках гранта РФФИ № 12-04-31268 МОЛ_А_2012 «Роль киназы гликогенсинтазы 3 бета в патогенезе депрессивных и биполярных аффективных расстройств» (2012–2013).

Моросеева Е.А.

Использование показателей инфракрасной спектроскопии в качестве маркеров эффективности лечения пациентов, получающих лечебно-консультативную помощь врача-психиатра

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздрава РФ», Тверь

В последнее десятилетие большое внимание уделяется поиску маркеров оценки эффективности лечения при различных патологических состояниях [5, 6]. В связи со значительным увеличением количества пациентов, обращающихся за лечебно-консультативной помощью (ЛКП) к врачу-психиатру, и необходимостью совершенствования оказания психиатрической помощи данной категории больных, использование объективных критериев оценки проводимой терапии становится особенно актуальным [1, 3, 6]. В настоящее время особое место данной области занимает инфракрасная спектрометрия (ИКС), позволяющая оценить состояние липидного обмена, нарушение которого встречается при различной психической патологии [1, 4, 5, 6]. Вместе с тем практически отсутствуют сообщения об использовании показателей ИКС как маркеров изменения обмена фосфолипидов крови при оценке эффективности лечения у пациентов, получающих ЛКП врача-психиатра.

Цель исследования: Обосновать использование показателей инфракрасной спектрометрии крови в качестве маркеров эффективности лечения у пациентов, получающих лечебно-консультативную помощь врача-психиатра.

Материалы и методы исследования: Проведено обследование и лечение 32 пациентов, получающих ЛКП у врача-психиатра (14 мужчин – 43,8% и 18 женщин – 56,2%) в возрасте от 20 до 58 лет (средний возраст $38,6 \pm 5,2$). У пациентов была диагностирована психическая патология невротического уровня: расстройства личности у 21 пациента (65,6%), органическое заболевание головного мозга различного генеза у 6 пациентов (18,8%), расстройства настроения (аффективные расстройства) у 5 больных (15,6%). Контрольную группу составили 34 человека, не имеющих психических расстройств, сопоставимые по возрасту и полу с основной группой. Методы исследования: клиничко-анамнестический, шкала астенического состояния (ШАС), инфракрасная спектроскопия крови с использованием аппаратно-программного комплекса «ИКАР». Первичную обработку сигнала и аппаратных данных проводили специализированным программным обеспечением, разработанным для этих целей на базе операционной системы Windows XP в вычислительной среде системы MATLAB 6.5 фирмы MathWorks, Inc. Для установления статистических различий использовались методы параметрической и непараметрической статистики при использовании специализированной компьютерной программы на базе Microsoft Excel и Statistica 6.1.478.

Результаты исследования и их обсуждение: Исследование показателей инфракрасного спектра крови проводилось у лиц, получающих ЛКП, у которых не отмечалось достаточного эффекта от проводимого в амбулаторных условиях лечения, что проявлялось частыми обращениями к врачу-психиатру с жалобами на ухудшение психического состояния. При проведении инфракрасной спектроскопии у обследованных лиц до начала стационар-

ного лечения выявлено достоверное повышение показателей пропускания спектра по всем каналам по сравнению со здоровыми лицами. Данный факт может свидетельствовать о нарушениях липидного обмена у пациентов, получающих ЛКП. Особое внимание обращают на себя показатели спектра по 7, 8 и 9 каналам, по которым отличия между пациентами различных групп наиболее существенны. Так, по 7 каналу показатели спектра у пациентов группы ЛКП в 2,3 раза выше, чем у здоровых лиц, по 8 – в 2,7 раза, а по 9 – в 2,5 раза выше. Данные каналы в основном отражают коэффициенты поглощения фосфолипидами ИКС крови. Следовательно, полученные данные свидетельствуют об уменьшении концентрации фосфолипидов в крови обследованных пациентов, о нарушении межмолекулярных взаимодействий.

Проведен анализ зависимости показателей ИКС крови от наличия астенического состояния у обследованных пациентов. При использовании шкалы астенического состояния умеренная астения была выявлена у 12 пациентов (37,5%), выраженная – у 9 (28,1%). Выявлена высокая корреляционная связь между показателями инфракрасной спектроскопии и наличием астенического состояния ($r=0,84$). Отмечено, что спектр крови пациентов с астеническим состоянием отличается по 1, 3, 4 и 8 каналам от пациентов без астении. При этом показатели пропускания ИКС у пациентов с выраженным астеническим состоянием были выше, чем у пациентов с низким уровнем астении.

Исследуемым пациентам в условиях стационара был назначен психотропно-метаболический комплекс препаратов (антиоксиданты, церебропротекторы, витаминотерапия, дегидратационная терапия). По показаниям: транквилизаторы, снотворные, нейролептики, нормотимики, антидепрессанты. Помимо медикаментозного лечения, больные группы ЛКП получали и психосоциальную терапию: проходили занятия в местном кукольном театре, группе хоровой песни, работали в лечебно-трудовых мастерских.

После лечения вновь проводилось исследование инфракрасного спектра крови у обследованных пациентов. Выявлено, что после лечения показатель пропускания ИКС снизился по 3–9 каналам в 1,4–1,8 раза, что косвенно свидетельствует о повышении концентрации липидов, и в частности фосфолипидов, в сыворотке крови обследованных больных. Наиболее существенные отличия получены по 7–9 каналам. Кроме того, инфракрасный спектр крови после терапии по показателям приближался к спектру пациентов без астенического состояния, что можно расценить как положительное явление. Изменения в ИКС могут быть связаны с усилением метаболических процессов в головном мозге, снижением катаболизма белков и липидов, усилением молекулярных связей.

Подтверждением положительного эффекта проводимой терапии является тот факт, что у большинства пациентов (28 человек – 87,5%) отмечено улучшение клинического состояния (уменьшилось количество жалоб, нормализовались сон и аппетит, повысился фон настроения), у 4 (12,5%) – видимой клинической динамики не наблюдалось (все эти пациенты имели выраженное астеническое состояние до начала терапии). Оказалось, что инфракрасный спектр крови у пациентов, не имеющих положительной динамики на фоне лечения, после проведения терапии практически не изменился.

Выводы: Таким образом, у пациентов, имеющих невротический уровень психических расстройств, отмечаются изменения показателей инфракрасной спектроскопии крови, которые косвенно отражают нарушения липидного, прежде всего фосфолипидного, обмена. При этом у лиц, имеющих астеническое состояние, изменения ИКС крови более выражены. После применения комплекса нейрометаболической терапии отмечается улучшение клинического состояния большинства пациентов группы ЛКП, что сопровождается изменениями показателей ИКС.

Следовательно, показатели инфракрасного спектра крови у пациентов с психическими заболеваниями, получающих лечебно-консультативную помощь, могут использоваться в качестве маркеров эффективности проводимой терапии.

Список литературы:

1. Гордецов А.С. *Инфракрасная спектроскопия биологических жидкостей и тканей // Современные технологии в медицине.* – 2010. – № 1. – С. 84–98.
2. Гурович И.Я. *Предисловие И.Я. Гурович, О.Г. Ньюфельдт // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта.* – М.: Медпрактика. – М, 2007. – С. 19–26.
3. Гурович И.Я. *Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России [Текст] / И.Я. Гурович // Социал. и клинич. психиатрия.* – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 9–15.
4. Зиньковский А.К., Каргаполов А.В., Зиньковский К.А. *Роль фосфолипидов при психических расстройствах // 3-я Междунар. конф. «Биологические основы индивидуальной чувствительности к психотропным средствам».* – Суздаль, 2001. – С. 65.
5. Зиньковский А.К., Мусина Л.О., Зиньковский К.А., Моросеева Е.А. *Динамика изменения инфракрасного спектра сыворотки крови у женщин с различной степенью прогрессивности эписепсии до и после терапии цераксоном // Современные проблемы науки и образования.* – 2012. – № 2; URL: www.science-education.ru/102-5842 (дата обращения: 18.04.2013).

6. Зубарева Г.М. Анализ состояния биологических систем с помощью инфракрасной спектроскопии: Автореф. дис... д-ра биол. наук. – М., 2005. – 34 с.

Мустафина Т.Б., Леопольд А.В.

Анализ однонуклеотидного полиморфизма rs1137070 в генах моноаминоксидазы у больных шизофренией с агрессивным поведением

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Цель исследования: Проанализировать наличие однонуклеотидного полиморфизма rs1137070 у больных шизофренией и его корреляцию с агрессивным поведением.

Материал и методы: Нами были обследованы 101 подэкспертных мужского пола, больных шизофренией, находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России. В ходе исследования вся когорта обследованных была разделена на две группы. В первую группу вошли 61 подэкспертных, совершивших насильственные общественно опасные деяния (убийство, причинение тяжких телесных повреждений) и отличавшихся агрессивным поведением на протяжении жизни. Вторую группу составили 40 подэкспертных, не совершавших насильственных деликтов, не выявлявших в течение жизни агрессивного поведения. Критериями исключения при сплошной выборке обследованных являлось наличие психических расстройств экзогенно-органической природы (травматической, интоксикационной, сосудистой и др.), состояний выраженной острой интоксикации (алкогольной и проч.) на момент совершения общественно опасного деяния. При обследовании подэкспертных использовались клинико-психопатологический, патопсихологический, психометрическое тестирование, молекулярно-генетический и статистический методы. Для оценки базовых черт личности и свойств темперамента проводили психометрическое тестирование по опросникам В.М. Русалова (опросник структуры темперамента – ОСТ) (1990), М. Цукермана (1984) (5 шкал оценки конструкта «поиск ощущений»), и с помощью модифицированного варианта методики Дж. Роттера – оценки уровня субъективного контроля (УСК) (Бажин Е.Ф. и др., 1984), согласно которой при-

чина успехов и неудач связывается либо с самим собой (интернальность), либо с внешними факторами (экстернальность). Уровень ситуативной и личностной тревожности оценивали по опросникам Спилбергера. Для оценки предрасположенности к различным формам агрессивного поведения использовали опросник Басса-Дарки (С.Н. Ениколопов, 1990) и тест Ассингера. Для анализа наличия однонуклеотидных полиморфизмов использовался метод аллель-специфической ПЦР. При этом из цельной крови подэкспертных была выделена геномная ДНК, служившая матрицей при проведении ПЦР в реальном времени. Аллель-специфическая ПЦР проводилась с помощью наборов для анализа вышеупомянутых однонуклеотидных полиморфизмов (Синтол, Россия).

Результаты и их обсуждение: Оценивая своеобразие ведущего психопатологического синдрома на момент общественно опасного деяния у подэкспертных первой группы следует отметить преобладание психопатоподобного синдрома. Свойственные представителям данной группы подэкспертных раздражительность, вспыльчивость, злобность, мстительность, злопамятность, брутальность, сочетаясь с недостаточной дифференцированностью эмоциональной сферы, не позволяли им различать оттенки и нюансы поведения других лиц, а зачастую и всей ситуации в целом, что приводило к вспышкам ярости, агрессии, импульсивности поступков, которые были несоразмерны вызвавшему их поводу. В ходе работы было проанализировано наличие однонуклеотидного полиморфизма rs1137070 в первой группе n=61 агрессивных подэкспертных, больных шизофренией и во второй группе n=40 не агрессивных подэкспертных, больных шизофренией. Согласно данным онлайн-базы данных по SNP (SNPedia) полиморфизм rs1137070 находится в гене, кодирующем моноаминоксидазу, фермент, осуществляющий катаболизм моноаминов, с помощью их окислительного дезаминирования. Ген моноаминоксидазы находится в X-хромосоме. Однонуклеотидный полиморфизм rs1137070 представляет собой точечную мутацию, при которой цитозин в позиции заменен на тимин. Практически во всех исследованных на данный момент в человеческих популяциях преобладает первый аллель данного полиморфизма (С:С), в том числе и в европейской популяции. Наиболее распространенным вариантом у европеоидов является наличие цитозина в позиции 43603391. В первой группе было выявлено 42 (69%) носителя наиболее распространенного аллеля (цитозин (С) в позиции 43603391), и 19 (31%) носителей более редкого варианта данного аллеля (Т). Следует заметить, что полученное распределение аллелей в данной выборке соответствует распределению этих аллелей в европейской популяции по данным онлайн базы данных по SNP (SNPedia). В то же самое время во второй группе доля носителей редкого варианта исследуемого аллеля составила 15%, что отличается от распределения данного аллеля в

первой группе. Полученные данные позволяют предположить возможную роль однонуклеотидной замены цитозина на тимин в положении 43603391 (rs1137070) в предрасположенности к агрессивному поведению у больных шизофренией. Следует отметить, что исследование, охватывающее 101 человек, не может дать представление о распределении соответствующих аллелей у всех больных шизофренией. Тем не менее постоянно проводящиеся исследования распределения аллелей в небольших группах исследуемых, без сомнения, представляют собой ценную информацию, которая в дальнейшем может потребоваться для генетического мета-анализа распределения данных аллелей в больших группах.

Выводы:

1. В ходе работы произведено выделение ДНК из 101 образцов крови подэкспертных, больных шизофренией.

2. На основе клинико-психопатологического, патопсихологического методов исследования, психометрического тестирования произведено распределение подэкспертных, больных шизофренией на группы агрессивных и неагрессивных.

3. Анализ наличия полиморфизма rs1137070 показал, что в группе агрессивных подэкспертных, больных шизофренией количество носителей данного полиморфизма превышает количество носителей rs1137070 среди неагрессивных.

4. Полученные данные позволяют предположить возможную роль rs1137070 в развитии агрессивного поведения у больных шизофренией, но для получения более достоверных результатов наша работа продолжается на больших выборках.

Симонова О.А.¹, Кананович П.С.¹, Ублинский М.В.^{2,3}, Луковкина О.В.², Сидорин С.В.^{2,3}, Лебедева И.С.¹, Семенова Н.А.^{2,3,4}, Ахадов Т.А.², Бархатова А.Н.¹, Каледа В.Г.¹

ЭЭГ и микроструктурные аномалии кортикоспинального тракта у больных юношеской приступообразной шизофренией

¹ ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва

² Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

³ Институт биохимической физики имени Н. М. Эмануэля РАН, Москва

⁴ Институт физики имени Н.Н. Семенова РАН, Москва

Исследования последних лет, проведенные преимущественно с использованием методов нейровизуализации, не оставили сомнения в том, что изменения структурно-функциональных характеристик проводящих путей головного мозга при шизофрении являются одним из ключевых факторов развития этого заболевания (обзоры Kanaan et al., 2005; Kubicki et al., 2007). Вместе с тем соотношения между микроструктурными аномалиями белого вещества и характеристиками функционального состояния головного мозга изучены все еще недостаточно. Анализ данной проблемы и стал целью настоящей работы. На данном этапе структурные характеристики определялись методом диффузионно-тензорной магнитно-резонансной томографии для кортикоспинального тракта – одного из основных проводящих путей головного мозга, а в роли функциональных показателей были взяты характеристики фоновой электроэнцефалограммы.

Материал и методы: Обследование было проведено у 11 больных юношеской шизофренией (F20, МКБ-10) перенесших первый или повторный психотический приступ с длительностью заболевания не более 5 лет. Обследование проводили перед выпиской из клиники, на фоне становления ремиссии. Контрольная группа включала 14 психически здоровых испытуемых.

Обследование методом диффузионно-тензорной томографии проводили на магнитно-резонансном томографе Phillips Achieva (Голландия) с индукцией магнитного поля 3 Тесла. Изображения были получены с использованием эхо-планарной импульсной последовательности: (время повторения TR 9431 мс; время эхо TE 70 мс, матрица 120/144 пикс., поле обзора 240 мм, размер вокселя 2x2x2 мм, фактор ускорения 63, гар (межсрезное расстояние) 0, число накоплений 2). Диффузионные градиенты были приложены в 32 неколлинеарных направлениях. Обработка изображений проводилась на рабочей станции Philips Extended MR Workspace 2.6.3.4. с применением опции Fiber Track и наложением на трехмерные анатомические изображения. Анализировали локальные величины фракционной анизотропии (ФА) в моторной коре, лучистом венце, задней ножке внутренней капсулы, ножке мозга, пирамиде продолговатого мозга левого и правого полушария.

Регистрацию ЭЭГ проводили на аппаратно-программном комплексе топографического картирования биопотенциалов мозга (NeuroKM, НМФ «Статокин», Россия) в комплекте с аудиогенератором (МБН, Россия), обработка проводилась с помощью программы Brainsys («Нейрометрикс», Россия). Биоэлектрическую активность регистрировали у испытуемых в состоянии спокойного бодрствования (с закрытыми глазами) в 16 отведениях (система 10–20) с референтным объединенным ушным электродом. Частота оцифровки составляла 500 Гц, полоса пропускания 0,3–70 Гц (с последую-

щей фильтрацией off-line, 1,6–30 Гц). Анализ был проведен для спектральной мощности ЭЭГ в диапазонах тета- (4–7 Гц) и альфа- (8–13 Гц) ритмов.

Результаты: При анализе данных для кортикоспинального тракта было обнаружено статистически значимое снижение ФА у больных шизофренией по сравнению с контрольной группой лишь в области задней ножки внутренней капсулы слева ($0,73 \pm 0,05$ vs $76 \pm 0,02$). В других регионах КСП различия не достигали уровня статистической значимости.

У больных также было выявлено статистически значимое увеличение ($p < 0,05$) спектральной мощности тета-диапазона во всех областях, кроме передне- и левых средне-височных отделов.

Корреляции между выявленными отклонениями (по данным DTI и ЭЭГ) не достигали уровня статистической значимости.

Обсуждение: В том, что касается данных диффузионно-тензорной томографии, полученные данные совпадают с результатами нашего исследования, проведенного ранее на большей по объему выборке (Ублинский с соавт., 2014, в печати). Следует отметить, что снижение ФА проводящих путей, соединяющих внутреннюю капсулу и ряд зон коры больших полушарий, было уже показано при шизофрении, хотя только у хронически больных (Douaud et al., 2007), результаты данной работы указывают на существование этой патологии и на ранних этапах заболевания. Исходя из существующих представлений, подобные изменения нейровизуализационных характеристик могут быть связаны с повреждением аксонов, нарушением процессов миелинизации или изменением пространственной организации волокон в данной области головного мозга.

Нарастание медленноволновой активности, в том числе в тета-диапазоне, при сохраненной спектральной мощности альфа-ритма у больных шизофренией также описано в литературе (Narayanan et al., 2013), причем связывается с изменениями в функционировании головного мозга, специфичными для заболевания и/или описывается как результат влияния проводимой фармакотерапии (Ranlaund et al., 2014).

Проведенный анализ не выявил взаимосвязей между структурным «поражением» внутренней капсулы и параметрами фоновой биоэлектрической активности у больных, что, скорее всего, отражает несоответствие механизмов развития данных видов патологии при шизофрении.

Выводы: У больных по сравнению с контролем были обнаружены изменения нейрофизиологических маркеров функционального состояния головного мозга (в виде нарастания спектральной мощности медленных волн), а также аномалии микроструктуры проводящих путей в кортикоспинальном тракте левого полушария (на уровне внутренней капсулы). Отсутствие взаимосвязей между тестируемыми электрофизиологическими

и анатомо-морфологическими характеристиками указывает на гетерогенность нейробиологических механизмов патогенеза шизофрении (по крайней мере на начальном этапе заболевания).

Работа была поддержана грантом РФФИ 12-06-00284-а.

Список литературы:

1. Kana <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322305005913#aff1a> R., Kim <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322305005913#aff3c> J., Kaufmann <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322305005913#aff4d> W. et al. Diffusion Tensor Imaging in Schizophrenia // *Biol Psychiatry* 2005, V.58, #12, p. 921–929.
2. Kubicki M., McCarley R., Westin C. et al., A review of diffusion tensor imaging studies in schizophrenia // *J of Psychiatric Research* 2007 V. 41 #1-2 p.15-30.
3. блинский М. В., Семенова Н. А., Луковкина О. В., Сидорин С. В., Лебедева И. С., Каледя В. Г., Бархатова А. Н., Ахадов Т. А. Особенности диффузии в кортикоспинальном проводящем пути у больных на ранней стадии шизофрении по данным диффузионно-тензорной магнитно-резонансной томографии \ *Журнал экспериментальной биологии и медицины*, 2014, в печати.
4. Douaud G., Smith S., Jenkinson M. et al., Anatomically related grey and white matter abnormalities in adolescent-onset schizophrenia // *Brain* 2007 V. 130 #9 p.2375-2386.
5. Narayanan B., O’Neil K., Berwise C. et al Resting State Electroencephalogram Oscillatory Abnormalities in Schizophrenia and Psychotic Bipolar Patients and Their Relatives from the Bipolar and Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes Study // *Biol Psychiatry* 2013 Dec 24. pii: S0006-3223(13)01106-2. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.12.008.
6. Ranlaund S., Nottage J., Shaikh M, Resting EEG in psychosis and at-risk populations – A possible endophenotype? *Schizophr Res.* 2014 Jan 30. pii: S0920-9964(13)00695-6. doi: 10.1016/j.schres.2013.12.017.

Сорокина А.В.

Клинические, нейрокогнитивные и нейровизуализационные соотношения у пациентов с эндогенными депрессивными расстройствами

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

Для уточнения механизмов патогенеза и возможного прогноза при эндогенных депрессивных расстройствах имеет значение изучение не только клинических, но также когнитивных и нейровизуализационных особенностей. Существуют исследования, указывающие на взаимосвязь между структурными изменениями головного мозга при депрессии, с одной стороны, и клиническими и когнитивными характеристиками – с другой. К примеру, речь идет об изменениях гиппокампа (изменение характеристик памяти при уменьшении объема гиппокампа (Power M., 2004), снижение когнитивного функционирования у пациентов с биполярной депрессией при увеличении объема правого гиппокампа (Austin M. P. et al., 2001) и роли вентромедиальной префронтальной коры (Ochsner K.N. et al., 2004). В обзоре G.M. Goodwin и A. Martinez-Aran (2008), посвященном когнитивным нарушениям при биполярном расстройстве, ставится вопрос о возможности рассмотрения биполярного аффективного расстройства с точки зрения модели «нейродегенерации», либо же с точки зрения модели «нейродизонтогенеза», опираясь на результаты исследования когнитивных функций у пациентов, страдающих биполярным аффективным расстройством, и их родственников. Авторы приходят к выводу, что в настоящее время нет однозначных данных в пользу той или иной модели, и этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: Поиск взаимосвязей между клиническими, нейрокогнитивными и нейровизуализационными характеристиками у пациентов с эндогенными депрессивными расстройствами.

Материал и методы: В исследование было включено 28 пациентов с актуальной депрессивной симптоматикой легкой (36%), умеренной (43%) и выраженной (21%) степени по шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Все пациенты соответствовали диагностическим критериям МКБ-10 для следующих категорий расстройств: биполярное аффективное расстройство – 6 человек (21,4%); депрессивный эпизод – 9 человек (32,2%); рекуррентное депрессивное расстройство – 13 человек (46,4%). Возраст варьировал от 18 до 54 лет (средний возраст 37,79 года \pm 11,27), продолжительность заболевания – от 3 месяцев до 35 лет (средняя продолжительность 8,16 года \pm 8,32). 39% составляли мужчины (11 человек) и 61% (17 человек) – женщины. Все пациенты получали психофармакотерапию антидепрессантами. Дополнительно 46% получали нормотимики, 36% – нейролептики, 7,1% – транквилизаторы.

Работа была выполнена на базе ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева с участием отделения биологической терапии психических больных (руководитель д. м. н., профессор Иванов М.В.), отделения клинко-диагностических исследований (руководитель д. м. н., профессор Ананьева Н.И.) и

лаборатории клинической психологии и психодиагностики (руководитель д. м. н., профессор Вассерман Л.И.).

Всем пациентам была выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга на МР-томографе Atlas Exelart Vantage XGV (Toshiba, Япония) с индукцией магнитного поля 1.5 Тесла.

Помимо шкалы Гамильтона (HDRS), для дополнительной оценки психического состояния и выраженности депрессивной симптоматики использовалась шкала Монтгомери-Асберг (MADRS) и шкала депрессии Бека (BDI). Исследование нейрокогнитивного профиля проводилось с помощью рестандартизованного теста «Комплексная фигура Рея-Остеррита».

Для статистической обработки данных использовалась программа STATISTICA 8,0. Поскольку большинство полученных данных отвечали критериям нормального распределения, были использованы математические процедуры параметрической статистики.

Результаты: Изменения мозговых структур на МРТ были выявлены у 21 пациента (75%). Были обнаружены следующие изменения: расширение щелей субарахноидального пространства (17 пациентов (60,7%)), расширение желудочковой системы (10 пациентов (35,7%) и неполная инверсия гиппокампа (5 пациентов (17,9%)).

Несмотря на то что структурно-морфологические изменения по данным МРТ были выявлены у большей части пациентов (75%), проведенный предварительный сравнительный анализ клинических и когнитивных показателей не выявил статистически достоверных различий между пациентами с наличием и отсутствием нейровизуализационных изменений.

Расширение щелей субарахноидального пространства, вне зависимости от характера и локализации, статистически достоверно ($p < 0,01$) сочеталось с расширением желудочковой системы. В данной группе пациентов в клинической картине заболевания статистически чаще встречались пессимистические взгляды в отношении будущего ($p < 0,05$). В отношении нейрокогнитивных особенностей, в группе пациентов с расширением щелей субарахноидального пространства отмечались худшие показатели копирования, немедленного и отложенного воспроизведения, и показатели «организации» при выполнении тестовой методики «комплексная фигура Рея-Остеррита» ($p < 0,05$).

Пациенты с расширением желудочковой системы головного мозга демонстрировали большую частоту соматического синдрома ($p < 0,01$) и снижения аппетита в клинической картине депрессивного эпизода. Также для этих пациентов были характерны худшие результаты немедленного и отложенного воспроизведения при выполнении «фигуры Рея-Остеррита» по сравнению с остальной выборкой ($p < 0,05$), что указывает на снижение как кратковременной, так и долговременной памяти.

Группа пациентов с неполной инверсией гиппокампа по сравнению с остальной выборкой отличалась более ранним дебютом заболевания ($p < 0,05$), более высокими показателями депрессии по шкале Монтгомери-Асберг и когнитивно-аффективной шкале Бека ($p < 0,01$), а также сравнительно низкими оценками немедленного воспроизведения при выполнении «фигуры Рея-Остеррита» ($p < 0,05$).

Обращает на себя внимание то, что у пациентов с выявленными на МРТ головного мозга атрофическими изменениями (расширение щелей субарахноидального пространства и желудочковой системы) когнитивный дефицит более выражен и носит более генерализованный характер, тогда как у пациентов с неполной инверсией гиппокампа отчетливые нарушения касаются преимущественно кратковременной зрительно-моторной памяти. По показателю «организация» теста Рея, характеризующему формализованную качественную оценку стратегии планирования и организации когнитивной деятельности, достоверных различий между пациентами с разными изменениями мозговых структур получить не удалось, но показатели, в целом, были существенно ниже нормативных данных (минимум на 1,5 величины стандартного отклонения).

Выводы: Не выявлены статистически значимые различия между пациентами с наличием и отсутствием нейровизуализационных изменений при сравнительном анализе их клинических и когнитивных показателей.

У части пациентов, вне зависимости от их возраста, при нейровизуализационном исследовании головного мозга были обнаружены атрофические изменения (расширение желудочковой системы головного мозга и расширение щелей субарахноидального пространства), которые сочетались со снижением ряда когнитивных показателей (навыки копирования, конструктивный праксис, зрительно-моторная координация, кратковременная и долговременная зрительно-моторная память, навыки планирования и организации) и большей частотой встречаемости соматического синдрома в клинике депрессивного эпизода.

Для пациентов с неполной инверсией гиппокампа был характерен более ранний дебют заболевания, выраженные нарушения кратковременной зрительно-моторной памяти и большая тяжесть депрессивной симптоматики.

На основании предварительного анализа имеющихся клинических, нейрокогнитивных и нейровизуализационных показателей, при применении таких теоретических моделей, как «нейродегенерация» и «нейродизонтогенез», пациентов с атрофическими изменениями можно было бы условно отнести к модели «нейродегенерации», а группу пациентов с неполной инверсией гиппокампа – к модели «нейродизонтогенеза». Данные теоретические допущения являются предварительными и требуют дальнейших клинических, нейровизуализационных и нейропсихологических исследований.

Список литературы:

1. Austin M.P., Mitchell P., Goodwin G.M. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology // Br. J.Psychiatry. 2001. N178 P. 200–206.
2. Goodwin G.M., Martinez-Aran A., Glahn D.C., Vieta E. Cognitive impairment in bipolar disorder: Neurodevelopmental or neurodegeneration? An ECNP expert meeting report // European Neuropsychopharmacology. – 2008. – Vol. 18. – P. 787 – 793.
3. Ochsner K.N., Ray R.D., Cooper J.C. et al. For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down-and up-regulation of negative emotion // Neuroimage. – 2004. – Vol. 23. – P. 483 – 499.
4. Power M. Mood disorders: a handbook of science and practice. – Wiley & Sons, Ltd. – 2004. – 394 p.

Сосин Д.Н.

Ассоциация полиморфизма гена цитохрома P450 2D6 с возникновением гиперпролактинемии на фоне нейролептической терапии у больных шизофренией

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Нейролептики улучшают долгосрочный прогноз шизофрении, даже, несмотря на серьезные побочные эффекты, включая метаболические, сердечно-сосудистые и двигательные нарушения. Было обнаружено, что более 70% больных с шизофренией перестают принимать нейролептики из-за низкой эффективности или толерантности к терапии [Badner JA, Gershon ES., 2002].

Одним из распространенных побочных эффектов этих препаратов является гиперпролактинемия [Bobetsis Y.A. et al., 2010].

В качестве генов-кандидатов на роль ответственных за особенности антипсихотического эффекта нейролептиков рассматриваются гены системы цитохромов. Это связано с тем, что наиболее важным в фармакокинетике психотропных агентов является цитохром P450 2D6 (CYP2D6), который конститутивно экспрессируется во многих тканях, особенно в печени, и осуществляет биотрансформацию приблизительно 25% известных лекарств, в том числе нейролептиков, метаболизируемых ферментами семейства CYP.

Цель исследования: Изучить полиморфизм гена цитохрома P450 2D6 (CYP2D6) у больных шизофренией с пролактинемией на фоне антипсихотической терапии.

Материалы и методы: Было обследовано 94 человека, из них 42 мужчины и 52 женщины в возрасте от 18 до 65 лет с выставленным диагнозом «шизофрения» (F20 по МКБ-10) не менее 2 лет, получающих нейролептическую терапию, суммарный был по шкале PANSS находился в диапазоне от 70 до 120 включительно. Из этого числа пациентов по дополнительным критериям, была сформирована группа случаев с отчетливо неблагоприятным характером течения заболевания, осложнявшимся выраженными фармакогенными расстройствами нейроэндокринного характера. Дополнительными критериями являлись: уровень пролактина не менее 2 000 мкМЕ/мл, наличие стойких нарушений нейроэндокринного спектра (нарушения менструального цикла, половые дисфункции, прибавка массы тела, галакторея, гинекомастия), указания в анамнезе или момент исследования на явления отрицательной терапевтической резистентности, отсутствие полноценных ремиссий на всем протяжении периода наблюдения, В группу контроля вошли 93 практически здоровых донора с сопоставимыми характеристиками по полу и возрасту.

Использовался набор реагентов Пролактин-ИФА («Диатех-ЭМ», Россия), предназначенный для количественного определения концентрации пролактина в сыворотке и плазме крови человека методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Материалом для исследования служила ДНК, выделенная из лейкоцитов цельной периферической крови индивидов. Для получения ДНК использовался стандартный фенол-хлороформный микрометод.

Для генотипирования использовали набор реагентов TaqMan® SNP Genotyping Assay фирмы Applied Biosystems (США). Определение аллельных вариантов гена CYP2D6 проводили методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в реальном времени со специфическими праймерами. Результаты реакции детектировали с помощью флуоресцентных Taq-man зондов, комплиментарных полиморфному участку ДНК. ПЦР проводили с помощью Real-Time ДНК амплификатора.

Для проверки соответствия наблюдаемых результатов эксперимента нулевой гипотезе, а также анализа соответствия наблюдаемых частот генотипов равновесию Харди-Вайнберга использовали критерий χ^2 , который определяется следующим образом:

$$\chi^2 = \sum (H - O)^2 / O,$$

где H – наблюдаемое значение; O – ожидаемое значение; Σ – суммирование по всем сериям эксперимента.

Число степеней свободы рассчитывали по формуле:

$$d.f. = (r - 1) \times (c - 1),$$

где r – число строк; c – число столбцов.

Различия между группами считали значимыми при уровне $p \leq 0,05$. Для расчетов использовали Microsoft Excel, а также доступный онлайн-ресурс, расположенный на сайте Мюнхенского института генетики человека <http://ihg2.helmholtz-muenchen.de>.

Результаты и обсуждение: SNP подбирались с помощью биоинформационных программ для поиска и оценки фенотипической значимости SNPs. Критериями отбора послужили: расположение SNP в промоторной или интронной области гена, аллельная частота, изменение количества сайтов связывания для факторов транскрипции, содержащих анализируемые SNP. После проведенного отбора в поле зрения попал вариант rs3892097 гена CYP2D6.

В ходе генотипирования контрольной выборки по маркеру CYP2D6 (rs3892097) высокая частота гомозиготного генотипа GG (75,2%), а далее по убыванию идут генотипы AG (23,6%) и AA (1,2%). Мажорный аллель G представлен в контрольной группе с частотой 92,6%, а минорный A с частотой 7,4% соответственно. По данным исследований, частота гетерозиготного генотипа в европейской популяции практически достигает 100% [Beveridge N.J. et al., 2010].

Распределение генотипов между группами больных и здоровых индивидов для аллельного варианта CYP2D6 (rs3892097) не отличается, таким образом, можно сделать вывод, что изученный полиморфный вариант гена не ассоциирован с развитием шизофрении. ($\chi^2=7,2$, $p<0,05$). Это, возможно, связано с тем, что цитохром P-450 не является структурным звеном ни в одной из теорий патогенеза шизофрении [Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., 2007].

При сравнении группы больных с пролактинемией и группы с нормальной концентрацией пролактина выявлена ассоциация полиморфизма гена CYP2D6 (rs3892097) с развитием пролактинемии у больных шизофренией на фоне антипсихотической терапии ($\chi^2=2,1$, $p>0,005$). Как в первой, так и во второй группе частоты генотипов распределились следующим образом (по убыванию): GG, AG и AA соответственно. Так же можно сделать вывод о протективной значимости генотипа AA в отношении развития пролактинемии у больных шизофренией на фоне антипсихотической терапии (OR=0,75; 95% CI: 0,634–0,887; $p=0,0008$). Гетерозиготность по нулевым аллелям и гомозиготность по аллелям с низким уровнем активности проявляются в наиболее клинически важном фенотипе слабого метаболизатора, лишённого ферментативной активности CYP2D6. Ультраметаболизаторы несут в своем генотипе три или более нормальных копии гена [Чомский А.Н. 2008], хотя описаны ультраметаболизаторы без дупликации [Йена С.С., Джаффе Р., 1998]. С фенотипом слабых метаболизаторов по CYP2D6 ассоциированы неблагоприятные побочные эффекты психотропных препаратов [Игнатъев И.В., Сычев Д.А., Андреев Д.А., 2005].

Выводы: Установлена ассоциация исследованного полиморфного варианта гена CYP2D6 (rs3892097) с развитием пролактинемии у больных шизофренией на фоне антипсихотической терапии. Показана протективная роль генотипа ТТ (OR=0,75; 95% CI: 0,634–0,887; p=0,0008) в отношении развития пролактинемии.

Список литературы:

1. Игнатъев И.В., Сычев Д.А., Андреев Д.А. и др. / *Медицинская генетика*. – 2005. – т. 4. – С. 568–572.
2. Йена С.С., Джаффе Р. *Репродуктивная эндокринология* / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1998. – 432 с.
3. *Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство*. / Ред. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н. и соавт. – М.: ИД Медпрактика М., 2007 – 260 с.
4. Чомский А.Н. *Влияние побочных эффектов атипичных антипсихотиков на терапевтический процесс у больных шизофренией*. Автореф. канд. дисс. – СПб. – 2008. – 21 с.
5. Badner JA, Gershon ES. *Meta-analysis of whole-genome linkage scans of bipolar disorder and schizophrenia*. *Mol Psychiat* 2002; 7: 405–11.
6. Bobetsis YA, Barros SP, Lin DM et al. *Altered gene expression in murine placentas in aninfection-induced intrauterine growth restriction model: a microarray analysis*. *J Repr Immun* 2010; 85: 140–8.
7. Beveridge NJ, Gardiner E, Carroll AP et al. *Schizophrenia is associated with an increase in cortical microRNA biogenesis*. *Mol Psychiat* 2010; 15 (12): 1176–89.

Шендяпина М.В.¹, Лебедева И.С.¹, Омельченко М.А.¹, Бархатова А.Н.¹, Кананович П.С.¹, Семенова Н.А.^{3,4}, Сидорин В.С.², Ахадов Т.А.², Каледа В.Г.¹

Нейрофизиологический маркер «сенсорного фильтра» и некоторые метаболические характеристики головного мозга у больных из группы ультравысокого риска по развитию эндогенного психоза

¹ ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва

² НИИНДХиТ ДЗ, Москва

³ Институт биохимической физики имени Н.М. Эмануэля РАН, Москва

⁴ Институт физики имени Н.Н. Семенова РАН, Москва

Введение: В последние десятилетия в биологической психиатрии большое внимание уделяется исследованиям профиля функциональных и структурных аномалий головного мозга в группах высокого и ультравысокого риска по развитию эндогенных психозов. Проводимая в рамках этого подхода лонгитудинальная регистрация тестируемых характеристик, а также их ретроспективный анализ у больных, которые за период наблюдения перенесли манифестацию психоза, как предполагается, позволяет определить нейробиологические механизмы, максимально связанные с патогенезом заболевания.

Настоящее сообщение представляет некоторые результаты начального этапа подобного исследования. Целью данного фрагмента работы был анализ ряда нейрофизиологических и нейровизуализационных характеристик головного мозга у обследованных больных.

Одним из маркеров, который был использован в настоящей работе, являлся нейрофизиологический показатель, характеризующий способность головного мозга «регулировать» объем поступающей информации. Данный маркер, определяемый по методикам, таким как «P50 sensory gating» paradigm, «prepulse inhibition», «sensorimotor gating», как было показано, указывает на вероятное нарушение в функционировании «сенсорного фильтра» у больных из группы высокого риска (Swerdlow N. et al., 2008; Сторожевая З.И., Киренская А.В., 2011).

Другие анализируемые показатели включали метаболические характеристики, полученные методами МР-спектроскопии. Следует обратить внимание, что подобные исследования немногочисленны – так, у больных из группы ультравысокого риска был выявлен более высокий уровень индекса глутамат/глутамина (Tibbo et al., 2004), а в исследовании de la Fuente-Sandoval C, et al. (2011) – глутамата в дорсолатеральной префронтальной коре. В этой же области мозга, в отличие от больных шизофренией, у них было описано повышение уровня NAA и холинсодержащих веществ относительно креатина (Wood et al., 2003).

Таким образом, задачей настоящего исследования стало изучение нейрофизиологических и нейровизуализационных показателей в группе ультравысокого риска по развитию эндогенных психозов.

Материалы и методы: Группа больных включала 56 человек (17–25 лет), госпитализированных в клинику ФГБУ «НЦПЗ» РАМН с непсихотическими психическими расстройствами. В соответствии с нозологической принадлежностью по критериям МКБ-10 сюда вошли 19 больных с расстройствами настроения (F31.3, F31.4, F32 (кроме F32.2), F33 (кроме F33.3), F34.); 23 больных с расстройствами личности (F60) и 14 пациентов с шизотипическим расстройством (F21). Критериями включения были: юношеский возраст (17–25 лет), психопатологическая симптоматика непсихотического уровня, нали-

чие при поступлении расстройств, соответствующих продромальным симптомам шизофренического спектра, выявленных по позитивной субшкале SOPS (Miller et al. 1999; McGlashan et al. 2001. Контрольная группа включала 30 подобранных по возрасту и полу психически здоровых испытуемых без наследственного отягощения по психическим заболеваниям.

Регистрация слуховых ВП в парадигме sensory gating проводилась путем предъявления пар звуков (тона, длительность 30 мсек, крутизна фронтов 1 мсек, громкость 60 дБ) с интервалом внутри пары – 500 мсек и интервалом между парами – 8 сек. (с вариацией в пределах 20%). Анализировали соотношение амплитуды волны N100 в ВП, зарегистрированных на первый и второй стимул в паре (сходное построение метода и выбор для анализа волны N100 см. Boutrus et al., 2010). Регистрация слуховых ВП была реализована в отведениях F3, F4, T3, C3, CZ, C4, T4 на 21-канальном аппаратно-программном комплексе топографического картирования биопотенциалов мозга (NeuroКМ, НМФ «Статокин», Россия) в комплекте с аудиогенератором (МБН, Россия), обработка была проведена с помощью программы Brainsys («Нейрометрикс», Россия).

Локализационная протонная МР-спектроскопия была реализована у 14 больных и 30 психически здоровых испытуемых из описанной выше группы. Обследование проводили на магнитно-резонансном томографе Phillips Achieva (Голландия) с индуктивностью магнитного поля 3 Тесла, оснащенного градиентной системой Dual Quasar и 8-канальной приемной радиочастотной катушкой для головы.

Выделение т. н. «объема интереса» (VOI) осуществляли с помощью импульсной последовательности PRESS с TE=35 мс и TR=2000 мс. Сигнал спада свободной индукции обрабатывали на встроенном программном пакете SpectroView. Сигналы метаболитов аппроксимировали гауссовыми линиями, амплитуда каждого сигнала будет нормироваться на амплитуду сигнала неподавленной воды. Конечным результатом являлись отношения сигналов N-ацетиласпартат (NAA)/H₂O, холинсодержащие вещества (Cho)/H₂O, креатин\фосфокреатин (Cr)/H₂O, индекс глутамин\глутамат (Glx)/H₂O, представляющие собой концентрации соответствующих соединений, нормированные на концентрацию тканевой воды.

Воксель был локализован в средней лобной извилине левого и правого полушария, колене и валике мозолистого тела, в левом и правом таламусах.

Результаты: Статистический анализ не выявил значимых корреляций между возрастом испытуемых (в исследуемом диапазоне 17–25 лет) и тестируемыми нейрофизиологическими и нейровизуализационными характеристиками, поэтому фактор возраста был на данном моменте исключен из анализа.

При анализе нейрофизиологических данных уровень статистической значимости межгрупповых различий был достигнут в отведениях F3 (0,58+/-0,37 vs 0,4+/-0,24, $t=2,6$, $p=0,013$), а также в F4 (0,58+/-0,31 vs 0,39+/-0,36, $t=2,3$, $p=0,023$).

Хотя в зарубежной литературе, как правило, не проводится анализ по нозологическим стратам, входящим в группу ультравысокого риска, дополнительно было проведено подобное сравнение. Статистически значимые различия были обнаружены только между группой 1 и 3 (больные с расстройствами настроения и шизотипическими расстройствами) в отведениях С4, Т4 (однофакторный дисперсионный анализ, фактор группы, $F=3,23$, $p=0,048$, $F=3,39$, $p=0,042$ соответственно), однако при анализе между группами (критерий Бонферрони) уровень стат. значимости был достигнут только для Т4 (0,86+/-0,49 vs 0,46+/-0,26, $p=0,038$) – отведения, в котором не выявлены отклонения объединенной группы от группы контроля.

Протонная МР-спектроскопия: Уровни метаболитов – N-ацетиласпартата (NAA)/H₂O, холинсодержащих веществ (Cho)/H₂O, креатин\фосфокреатина (Cr)/H₂O, миоинозитол (mI)/H₂O), индекса глутамин\глутамат (Glx)/H₂O в левом и правом таламусе, валике, колене мозолистого тела, средней лобной извилины левого и правого полушария не различались между группами.

Обсуждение: Межгрупповые различия были выявлены для показателя, полученного методом sensory gating. Нейрофизиологические показатели позволяют предположить у больных из группы ультравысокого риска по развитию эндогенных психозов нарушения сенсорного фильтра, таким образом, что в головной мозг поступает «избыточная» информация (сходные данные были ранее показаны van Tricht et al., 2011; Hseih et al., 2012).

С другой стороны, у больных наблюдается нормальный уровень биохимических показателей головного мозга в достаточно широком диапазоне топографических локусов, являющихся значимыми для развития эндогенных психозов (лобная извилина (зона дорсолатеральной префронтальной коры), колена и валик мозолистого тела, таламус), что может быть следствием сохранности этих характеристик или их «нормализованности» вследствие лечения.

Выводы: Полученные данные позволяют предположить нарушение «сенсорного фильтра» у больных из группы ультравысокого риска по развитию эндогенных психозов, в то время как метаболические характеристики головного мозга являются «нормальными» или «нормализованными» вследствие лечения.

Работа была проведена при поддержке гранта РГНФ 13-06-00655

Список литературы:

1. Boutrus N. N., Jansen B. H., Hu L. Auditory evoked potential variability in healthy and schizophrenia subjects // *Clinical Neurophysiology*. – 2010. – Т. 121. – №. 8. – С. 1233–1239.

2. Boutrus N., Nasrallah H., Leighty R. et al. Auditory evoked potentials, clinical vs research applications. *Psychiat Res* 2010; 69: 183195.
3. Davidson M., Caspi A., Noy S. The treatment of schizophrenia: from premorbid manifestations to the first episode of psychosis // *Dialogues in clinical neuroscience*. – 2005. – Т. 7. – №. 1. – С. 7.
4. de la Fuente-Sandoval C. et al. Higher levels of glutamate in the associative-striatum of subjects with prodromal symptoms of schizophrenia and patients with first-episode psychosis // *Neuropsychopharmacology*. – 2011. – Т. 36. – №. 9. – С. 1781-1791.
5. Fleischhacker W. W. et al. Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12-month open-label trial of the first long-acting second-generation antipsychotic // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2003. – Т. 64. – №. 10. – С. 1250.
6. Hsieh M. H. et al. Auditory event-related potential of subjects with suspected pre-psychotic state and first episode psychosis // *Schizophrenia research*. – 2012. – Т. 140. – №. 1. – С. 243-249.
7. M.J. van Tricht, D.H. Nieman, J.H. Koelman, L.J. Bour, J.N. van der Meer, T.A. van Amelsvoort, D.H. Linszen, L. de Haan. Auditory ERP components before and after transition to a first psychotic episode. *Biol. Psychol.*, 87 (3) (2011), pp. 350–357.
8. McGlashan T. H, Miller T. J. et al. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability // *Schizophrenia Bulletin*. – 2003. – Т. 29. – №. 4. – С. 703.
9. Miller T. J. et al. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states // *Psychiatric Quarterly*. – 1999. – Т. 70. – №. 4. – С. 273-287.
10. Swerdlow N. R. et al. Realistic expectations of prepulse inhibition in translational models for schizophrenia research // *Psychopharmacology*. – 2008. – Т. 199. – №. 3. – С. 331-388.
11. Tibbo P, Purdon S. E. et al. Elevated 3T proton MRS glutamate levels associated with poor Continuous Performance Test (CPT-0X) scores and genetic risk for schizophrenia // *Schizophrenia research*. – 2008. – Т. 99. – №. 1. – С. 218-224.
12. Wood S.J., Pantelis C. et al. Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI comparison // *The Lancet*. – 2003. – Т. 361. – №. 9354. – С. 281-288.
13. Сторожева З.И., Киренская А.В. и др. Исследование предстимульной модификации акустической стартл-реакции у здоровых и больных шизофренией // *Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova*. – 2011. – Т. 111. – № 2. – С. 72.

Юков О.С.

Исследование церебрального кровотока у мужчин, страдающих параноидной шизофренией

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», Красноярск

Среди всех психозов первое место, несомненно, занимает шизофрения, как заболевание с прогрессивным типом течения, приводящее к серьезным социальным последствиям. Известно, что органические галлюцинозы более «яркие» по своим клиническим проявлениям, нежели «шизофренические», в связи с чем представляет интерес сочетание органического компонента и психического заболевания.

Известно, что при шизофрении имеется нарушение кровотока и реактивности сосудов. Отмечены недостаточность кровоснабжения мозга в виде анемии, подавление окислительных процессов в головном мозге, стойкое повышение венозного давления, которое сопутствует застойным явлениям в венозном русле, в том числе в церебральных венах. Эти нарушения исследователи охарактеризовали как «застойную форму циркулярно-гипоксической ангиоэнцефалопатии» и считали «одной из серьезных сторон патологического процесса при всех формах шизофрении».

В одних из последних исследований церебрального кровотока у женщин, больных параноидной шизофренией, методом транскраниальной доплерографии, М. А. Березовской, было достоверно установлено замедление скоростных параметров кровотока и увеличение индекса периферического сосудистого сопротивления в магистральных артериях головного мозга.

Цель работы: Исследование скорости кровотока в церебральных артериях головного мозга методом цветного дуплексного сканирования у мужчин, больных параноидной шизофренией с галлюцинаторным и бредовым вариантами, сравнительный анализ изменения скорости кровотока у мужчин и женщин.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе стационара КГБУЗ «Красноярский психоневрологический диспансер № 1» в 2008–2012 гг. Обследовано 38 пациентов мужского пола, страдающих параноидной шизофренией с наличием в клинической картине слуховых псевдогаллюцинаций. Средний возраст составил 36,52 года. Все исследуемые больные госпитализированы в психиатрический стационар повторно, длительность заболевания составляет от 3 до 23 лет. В качестве основных методов исследования использовались клиничко-психо-

патологический и статистический. Установление диагноза «параноидная шизофрения», определение типа течения заболевания проводились в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. За основу взят принцип единства симптоматологии и общих тенденций течения шизофренического процесса.

Всем обследуемым проводилось транскраниальное доплерографическое исследование мозговой гемодинамики в Центре нейрореабилитации Сибирского клинического центра ФМБА России г. Красноярск. Использовался метод цветного дуплексного сканирования с помощью медицинского оборудования «Система ультразвуковая VIVID 3 PRO (H45011ES) (General Electric Medical Systems, США)». Метод основан на способности ультразвукового сигнала при прохождении через движущуюся среду, изменять свою частоту и отражаться от этой среды. Он позволяет оценить величину кровотока в сосудах головного мозга и отличается высокой точностью.

При обследовании пациентов фиксировались пиковая систолическая, конечная диастолическая линейные скорости кровотока и индекс периферического сосудистого сопротивления в передних, средних и задних мозговых артериях. Данные параметры регистрировались в покое, в первые дни госпитализации пациентов в психиатрический стационар, при наличии выраженных психотических расстройств. Контрольные данные были взяты из работы В. П. Куликова, посвященной изучению результатов исследования методом цветного дуплексного сканирования в диагностике сосудистых заболеваний, а также М. А. Березовской, направленной на исследование результатов церебральной гемодинамики у женщин, больных параноидной шизофренией.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью программы «Statistical Package for Social Science» SPSS, v.20. Проверка нормальности распределения признаков проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилкса. Для оценки значимости статистических различий при отсутствии нормального распределения применяли непараметрический ранговый критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение: При галлюцинаторном (псевдогаллюцинаторном) варианте параноидной шизофрении на фоне несистематизированных бредовых идей или неврозоподобной симптоматики возникали вербальные иллюзии, сочетающиеся с деперсонализационно-дереализационными включениями и бредовой интерпретацией. В последующем присоединялись истинные вербальные галлюцинации (подсказывающего, одобряющего характера). А затем начинали преобладать элементы синдрома Кандинского-Клерамбо с развивающимися

симптомами открытости, идеаторным, сенестопатическим, идеомоторным и моторным автоматизмами (в основном отмечался «неразвернутый» с-м Кандинского-Клерамбо). Основным же было наличие вербальной псевдогаллюцинаторной симптоматики. При этом бредовые расстройства носили галлюцинаторный характер, а их содержание было связано с темой «голосов».

Слуховые расстройства восприятия имели обязательный характер. Чаще отмечался императивный и угрожающий характер, реже «голоса» носили комментирующий характер. Также выявлялись такие симптомы, как «звучание, эхо и обрыв» мыслей. Отношение к болезненным переживаниям у пациентов в основном было негативным, и лишь изредка безразличным и положительным. Настроение чаще было подавленным, они испытывали страх и тревогу, что было обусловлено неприятным характером переживаний. Под воздействием слуховых обманов восприятия больные радикально менялись в поведении, совершали нелепые, агрессивные, импульсивные поступки – уничтожали документы, предпринимали различные «защитные» действия, ломали вещи, набрасывались на окружающих, наносили самоповреждения. Критики к состоянию у них чаще всего не было, т. к. пациенты принимали болезненные переживания за реальные и значимые события. Бредовая интерпретация галлюцинаций была фрагментарная, нестойкая и существенно не влияла на поведение.

При анализе скоростных параметров кровотока было выявлено, что индекс периферического сосудистого сопротивления передней мозговой артерии соответствует норме, а средней – повышен, хотя эти данные оказались статистически недостоверны ($p > 0,001$). В свою очередь показатель сосудистого сопротивления в задней мозговой артерии оказался достоверно ($p < 0,001$) повышен. В остальных показателях, у больных с галлюцинаторным вариантом параноидной шизофрении, было достоверно ($p < 0,001$) установлено снижение пиковой систолической и конечной диастолической скорости кровотока, которое было двусторонним и симметричным.

Таким образом, по результатам транскраниального дуплексного сканирования магистральных артерий головного мозга, для больных с галлюцинаторным вариантом параноидной шизофрении характерны нарушения показателей мозговой гемодинамики, собственно, замедление скорости кровотока в передних, задних и средних мозговых артериях, и повышение индекса периферического сосудистого сопротивления в задних мозговых артериях.

Результаты исследования соответствуют литературным данным о замедлении скорости кровотока в интракраниальных артериях.

Известно, что вследствие замедления кровотока развивается гипоксия, в т. ч. аноксия тканей. В сочетании с имеющимися данными о значительном снижении кровотока в микроциркуляторном русле, наличием застойных явлений в венозном русле, выявленные гемодинамические нарушения приводят к изменению клинической картины патологических процессов, снижая при этом эффективность психотерапии. В данном случае использование в комплексном лечении больных методов, направленных на нормализацию скорости кровотока в сосудистом русле головного мозга, может быть целесообразным при разработке лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с паранойдной шизофренией.

ПОБЕДИТЕЛИ КОНКУРСА РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ 2014

*Альтман Ю.С.
Арчаков Д.С.
Бачило Е.В.
Бойко А.С.
Бомов П.О.
Боярко Е.Г.
Вдовенко А.М.
Воробьев Р.В.
Голубев С.А.
Граница А.С.
Дюрягина Т.А.
Зубов Д.С.
Илюшина Е.А.
Краснова В.В.
Кананович П.С.
Лобачева М.В.
Лосенков И.С.
Марков П.В.
Максимкина В.Ю.
Можаева Е.В.
Моренец Т.В.
Попович У.О.
Рукавишников Г.В.
Садькова Э.М.
Скалон А.Д.
Сорокина А.В.
Сорокин М.Ю.
Сорокин С.А.
Сосин Д.Н.
Стефаненко Е.А.
Чугунов Д.А.
Шеломкова О.А.
Югансон А.А.
Юков О.С.*



Достигнем
результата
вместе

Lundbeck



ООО «ЛУНДБЕК РУС»:
109044, г. Москва,
2-й Крутицкий переулок, д.18, стр. 1
Тел.: (495) 380 31 07; факс: (495) 380 31 96;
e-mail: russia@lundbeck.com
www.lundbeck.ru

