ФГБНУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

подростково-юношеской психиатрии

Москва, 2015

Бензодиазепины

Тархоминского фармацевтического завода "Польфа" А.О.

Торговое название Международное название Лекарственная форма Действие препарата	**Клоназепам** *(Клоназепам)* таблетки 0,5 мг; 2,0 мг № 30	**Лорафен** *(Лоразепам)* таблетки покрытые оболочкой 1 мг; 2,5 мг № 25	**Релиум** *(Диазепам)* таблетки покрытые оболочкой 5 мг, № 20 ампулы 2 мл, № 5, № 50
Анксиолитическое действие	●●	●●●	●●●
Седативное действие	●●●	●●	●●●
Снотворное действие	●	●●	●
Противосудорожное действие	●●●	●	●●
Миорелаксационное действие	●	●●	●●
Достижение максимальной концентрации в сыворотке после перорального применения	от 2 до 4 часов	2 часа	от 1 до 1,5 часов
Полное время действия после перорального применения	длительное >24 часов	краткое от 12 до 18 часов	длительное >24 часов
Оптимальная и max. суточная пероральная доза у взрослых	4-6 мг Максимальная сут. доза 20 мг	2-6 мг Максимальная сут. доза 10 мг	Зависит от нозологии. Максимальная суточная до 60 мг/сут.
● слабое действие ●● умеренное действие ●●● сильное действие	ПКФ12884/02	МЗРФ ПN016057/01	ПКФ15047/02; ПКФ15047/01

Показания:

Клоназепам

· эпилепсия у детей и взрослых (преимущественно акинетическая, миоклоническая, генерализованные субмаксимальные припадки, височные и фокальные припадки).
· синдромы пароксизмального страха, состояния страха при фобиях, напр. агорафобии (не применять у пациентов младше 18 лет).
· состояния психомоторного возбуждения на фоне реактивных психозов.

Лорафен

· невротические и неврозоподобные состояния, протекающие с тревогой, раздражительностью, повышенной утомляемостью, нарушением сна, вегетативными нарушениями.
· алкогольный абстинентный синдром (в составе комплексной терапии).
· гипертонус скелетных мышц разного генеза.
· премедикация (подготовка к длительным диагностическим процедурам и операциям).

Релиум

· нервозы, пограничные состояния с явлениями напряжения, беспокойствия, тревоги, страха
· при синдроме алкогольной абстиненции, с целью уменьшения симптомов возбуждения
· в комплексной терапии при заболеваниях, связанных с повышенным тонусом скелетных мышц (после травм, спастические состояния после церебральных инсультов)
· нарушения сна
· в комплексной терапии эпилепсии (в сочетании с другими противосудорожными препаратами)
· двигательное возбуждение различной этиологии
· при подготовке к операционным вмешательствам и диагностическим процедурам
· в клинике внутренних болезней: в комплексной терапии гипертонической болезни (сопровождающейся тревогой, повышенной возбудимостью), гипертонического криза, спазмов сосудов, климактерических и менструальных расстройств.

Условия отпуска из аптек: по рецепту.
Во избежание осложнений бензодиазепины необходимо применять строго по назначению врача!
Информация предназначена для специалистов.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научный центр психического здоровья»
Российское общество психиатров

Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии

Материалы Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием,
посвященной памяти профессора М.Я. Цуцульковской

Под редакцией
д.м.н. В.Г. Каледы, д.м.н. И.В. Олейчика

Москва
22 октября 2015 года

УДК 61689-02-053
ББК 88.8

Содержание

Каледа В.Г., Бебуришвили А.А.
Вклад проф. М.Я. Цуцульковской в изучение особенностей психопатологии, клиники и терапии психических расстройств юношеского возраста 12

Александрова Н.А.
К вопросу о коморбидности психических расстройств в практике судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетних 32

Арпентьева М.Р.
Профилактика суицидального поведения в юношеском возрасте . . . 34

Арпентьева М.Р.
Трудные ситуации психотерапии и психологического консультирования подростков и юношей 38

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М
Психоэмоциональные изменения у подростков с компьютерной зависимостью 44

Банников Г.С., Вихристюк О.В., Гаязова Л.А., Павлова Т.С., Кошкин К.А
Профилактика суицидального поведения у подростков в работе Центра экстренной психологической помощи МГППУ 47

Бартош Т.П.
Акцентуации характера у подростков 13 лет с алекситимическим радикалом в структуре личности 52

Бархатова А.Н.
О роли синдрома дефицита в структуре ремиссий начального этапа юношеского эндогенного приступообразного психоза 55

Белоусов П.В.
О роли психосоматических заболеваний в формировании нарушения адаптации и суицидального поведения у лиц 18–24 лет 58

Боев И.В., Михитаров С. М.
Конституциональная изменчивость подростков с шизоидной структурой психотипа. 60

Васильева А.А., Соколов Д.А.
Возможности выявления особенностей аддиктивного поведения в юношеском возрасте посредством инструментального психофизиологического исследования 64

Ваулин С.В., Алексеева М.В.
Клинико-психопатологические предпосылки к профилактике суицидального поведения у подростков 66

Вещикова М.И. , Зверева Н.В.
Восприятие опасных ситуаций в подростковом возрасте: гендерные различия и влияние эндогенной психической патологии . 70

Волосянко А. Б., Ходан В. В., Мыцько В. М.
Исследование особенностей эмоционально-поведенческих состояний у детей, больных хроническим холециститом 75

Гильбурд О.А.
Хронобиология расстройств эмоциональной сферы у подростков в условиях севера 79

Горбенко Е.А.
Особенности суицидального поведения в подростковом и молодом возрасте 82

Господарева Н.В.
Личностный адаптационный потенциал у выпускников университета с невротизацией 86

Гречаный С. В.
Клинико-возрастные различия расстройств поведения у подростков 89

Громыко В.Д., Ерышова Н.В., Громыко Д.И., Майский А.А.
Особенности социальной адаптации у подростков с расстройствами личностиис органическим поражением головного мозга, нуждающиеся в стационарном лечении 92

Давлетярова У.
Особенности формирования когнитивных нарушений после посттравматической эпилепсии у подростков 94

Жигэу Е.И.
Психологические аспекты смысловой переработки информации подростками, страдающими шизофренией 95

Жиляева Т.В., Касимова Л.Н., Благонравова А.С., Сергеева А.В.
Генетический полиморфизм обмена фолатов MTHFR677C>T
и возраст начала шизофрении 98

М.В. Зверева
Прокрастинация как личностный фактор при психической
патологии у больных юношеского возраста, имеющих опыт
обучения в вузе 101

Зиновьев С.В., Добровольская А.Е., Тявокина Е.Ю.
Умственная отсталость, коморбидная с психической патологией . . . 105

Зозуля С.А., Омельченко М.А., Сарманова З.В., Андросова Л.В., Отман И.Н., Дупин А.М., Каледа В.Г., Клюшник Т.П.
Воспалительные маркеры в оценке риска развития манифестного
психоза у пациентов с непсихотическими психическими
расстройствами 108

Казанцева Э.Л.
Особенности фобических расстройств в подростковом возрасте 112

Кобзова М.П.
Исследование личностных особенностей и межличностных
отношений у юношей с шизотипическим расстройством,
заболевших в подростковом возрасте 116

Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В., Хромов А.И.
Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков
с эндогенной психической патологией 118

Корень Е.В., Куприянова Т.А., Коваленко Ю.Б., Масихина С.Н., Марченко А.М., Дробинская А.О., Трайнина Е.А.
Современные подходы к психосоциальной реабилитации детей
и подростков с психическими расстройствами 120

Корень Е.В., Куприянова Т.А., Коваленко Ю.Б., Марченко А.М., Трайнина Е.А.
Психосоциальные факторы риска нонкомплаенса у детей
с ипохондрическими расстройствами 122

Корень Е.В.
Проблемы реабилитации детей с психическими расстройствами
в парадигме психического здоровья: перспективы
мультидисциплинарного подхода 124

Н.К. Корсакова, И.В. Плужников
К вопросу о природе «гипофронтальности» при эндогенных психических расстройствах юношеского возраста 126

Кулемзина Т.В.
Лечение посттравматического стрессового расстройства у детей путем сочетанного применения рефлексотерапии и гомеотерапии . . 130

Куприянова Т.А., Корень Е.В.
Влияние семейного бремени на динамику социального функционирования детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра 134

Лев Л.М., Заика В.Г., Андреева В.О.
Роль и прогностическое значение эндокринных показателей при нервной анорексии у девочек-поростков с олиго- и аменореей . . 136

Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е., Головина А.Г.
Психопатологические «маски» шизофренической патологии в подростковом возрасте 140

Максимова Н.Е., Карасева Е.А., Коряпина Ю.А.
Проективные рисунки как один из методов диагностики суицидального поведения подростков 143

Малинина Е.В., Забозлаева И.В.
Аутистические расстройства в подростковом возрасте (клинико-психопатологические и социальные аспекты) 146

Масихина С.Н.
Психиатрические аспекты «медицинского стресса» у родителей детей и подростков с онкологическими заболеваниями в период лечения в стационаре 149

Марчук С.А., Докукина Т.В., Зажогин А.П., Гилеп А.А., Гайдукевич И.В.
Нарушения в структуре гена металлотионеина и микроэлементного статуса ребенка как этиопатогенетические маркеры расстройств аутистического спектра 152

Матьякубова М.К., Хаджаева Н.И., Давлатярова У.М.
Нарушения сна у пациентов с тревожно-фобическим расстройством 155

Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю.
Нарушение принятия решений как фактор суицидального риска у эндогенных психических больных юношеского возраста 157

Меринов А.В., Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Байкова М.А.
Клинико-психологическая характеристика юношей и девушек, воспитанных в семьях алкоголиков 161

Мусина А.А., Татаева Р.К., Керуенова З., Сакенова А.К., Сембиева Ф.Т., Карибаева А.
Уровень психологического здоровья подростков г. Астаны 164

Низомов Ф.Н., Маннабов С.А., Ражапбаев И.Ш.
Аффективные расстройства в структуре патологического влечения при алкогольном и никотиновом абстинентном синдроме у подростков 168

Николаева Т.А., Творогова Н.А.
Динамика показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами среди детей старшей возрастной группы (15–17 лет) и юношей и девушек 18–19 лет в Российской Федерации в 2004–2014 годы 169

И.В. Олейчик, Г.И. Копейко
Современные подходы к психофармакотерапии больных с аффективными расстройствами юношеского возраста 173

Пережогин Л.О.
Интернет-аддикция и коморбидные ей состояния у детей и подростков 176

Печникова Л.С.
Особенности саморегуляции поведения у подростков с различной психической патологией 178

Пилявская О.И.
Психопатоподобные нарушения при подростковой шизофрении 182

Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Писевич М.В.
Опыт применения палиперидона у подростков страдающих расстройствами шизофренического спектра 185

Проничева И.В.
Особенности психокоррекции суицидального поведения у лиц юношеского возраста в условиях амбулаторной службы на примере кабинета социально-психологической помощи при кризисных состояниях 186

Прохорова Т.А., Бокша И.С., Савушкина О.К., Терешкина Е.Б., Воробьева Е.А., Помыткин А.Н., Каледа В.Г., Бурбаева Г.Ш.
Активность тромбоцитарных митохондриальных ферментов у больных юношеского возраста с первым приступом эндогенного психоза 189

Румянцев А.О., Рябцева В.М, Омельченко М.А.
Возможности биопсихосоциальной адаптации больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста 192

Румянцева Е.Е., Зверева Н.В., Олейчик И.В.
Особенности социального интеллекта у женщин молодого возраста, больных шизофренией, после перенесенного манифестного приступа 196

Самусенко И.Ю.
Особенности нарушения психических функций у подростков при раннем дебюте шизофрении на примере экспериментально-психологического исследования для РВК 199

Серебровская О.В., Портнова А.А., Усачева Е.Л.
Медико-психологическая реабилитация пациентов с нервной анорексией в условиях психиатрического стационара 201

Станько Э.П., Игумнов С.А.
Динамика показателей Качества жизни ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью на этапах становления и стабилизации ремиссии 205

Султанов Ш.Х.
Особенности клинической картины больных дистимией с опийной наркоманией 209

Титиевский С.В., Воеводина В.С.
Рефлекторные галлюцинации при наличии патологической ЭЭГ-активности 210

Ткаченко Н.В., Заика В.Г., Андреева В.О.
О роли нейробиохимических механизмов в развитии депрессивных состояний при ожирении у подростков 214

Токарева Н.Г.
О клинико-психологических аспектах эмоциональных реакций у больных эпилепсией подросткового возраста 216

Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А.
Особенности формирования суицидальных мыслей у студентов медицинских ВУЗов 218

Хромов А.И., Зверева Н.В.
Возрастная динамика зрительной вербальной памяти в условиях распределения внимания у детей и подростков с эндогенной психической патологией 220

Худина Ю.С., Дмитриев М.Н.
Особенности некоторых поведенческих и психических расстройств в рамках синдрома гиперактивности с дефицитом внимания у учащихся среднего звена общеобразовательных школ 226

Шадманова Л.Ш.
Клинические особенности истерического невроза у подростков 230

Шарипова Ф.К.
Влияние перинатальной патологии на психомоторное развитие детей раннего возраста, перенесших врожденный транзиторный гипотиреоз 231

Шевченко Ю.С.
Социобиологические механизмы и подростковая психопатология 234

Шмакова О.П., Шмакова А.А., Андросова Л.В.
Гиперкинетические расстройства у умственно отсталых несовершеннолетних (клинико-иммунологическое исследование). . . 238

Каледа В.Г., Бебуришвили А.А.

Вклад проф. М.Я. Цуцульковской в изучение особенностей психопатологии, клиники и терапии психических расстройств юношеского возраста

Профессор Мэлла Яковлевна Цуцульковская принадлежит к той блестящей плеяде выдающихся отечественных психиатров второй половины XX века, чья научная деятельность неразрывно связана с фигурой Андрея Владимировича Снежневского. Используя его терминологию, можно сказать, что Мэллой Яковлевной написана «новая глава общего учения о психических болезнях» – юношеская психиатрия, в основе выделения которой лежит концепция об уникальной роли юношеского возрастного фактора как комплекса сложных нейробиологических онтогенетических процессов. Теснейшим образом связанный с социально-средовыми и культурными условиями, он участвует в патогенезе эндогенных психических расстройств, оказывая влияние на их психопатологию и клинику.

Исследования, которые были проведены профессором Цуцульковской и под её руководством на протяжении более чем 50-лет в НЦПЗ (ранее институт психиатрии АМН СССР), всегда опирались на обширный клинический опыт. При этом наряду с ведущим клинико-психопатологическим методом в этих работах акцент ставился на катамнестическое изучение, что позволяло проверять правильность предположений и выводов. Круг научных интересов Мэллы Яковлевны был чрезвычайно широк, он включал практически все аспекты психических расстройств юношеского возраста, в том числе их патогенеза и патоморфоза, вопросов диагностики, терапии и реабилитации. Глубину исследования в этих направлениях обеспечивал внедренный ею мультидисциплинарный подход – еще задолго до его широкого применения в клинической психиатрии.

Кандидатская диссертация М.Я. Цуцульковской была выполнена в Институте судебной психиатрии имени В.П. Сербского на тему «Клиника и судебно-психиатрическая оценка ранних форм сифилиса мозга» (1953) под руководством профессора А.И. Молочека.

Первым исследованием М.Я. Цуцульковской, посвященным проблемам юношеской психиатрии стала её докторская диссертация (научный консультант – проф. Р.А. Наджаров) «Особенности клиники непрерывно текущей шизофрении начавшейся в подростковом и юношеском возрасте», к работе над которой она приступила в 1962 г., сразу после начала работы в Институте психиатрии АМН СССР. В этом исследовании (на материале наблюдений 606 больных) обсуждается роль юношеского возраста в формировании психопатологии и клиники непрерывно-текущей шизофрении. Автор обосновывает возрастную модификации психопатологических и клинических проявлений болезни, которые обусловлены незавершенностью формирования высших психических функций и наличием признаков так называемого «пубертатного сдвига».

После завершения работы над докторской диссертацией профессором М.Я. Цуцульковской была проведена череда клинико-психопатологических и клинико-катамнестических исследований, когда были систематически изучены психические расстройства юношеского возраста как на синдромальном, так и на нозологическом уровнях. Цели исследований формировались в рамках концепции психобиологической уникальности юношеского возрастного периода, что позволило выявить патогенетическое и патопластическое влияния возрастного фактора на формирование специфических юношеских возрастных синдромов, на особенности психопатологических проявлений психической патологии, на формирование особых форм течения эндогенных заболеваний, разновидностей негативных и дефицитарных расстройств, специфические формы реагирования на психофармакотерапию.

Переходя теперь к непосредственному изложению результатов работ, выполненных под руководством М.Я. Цуцульковской, несколько отступая от хронологического порядка выполнения исследований, мы в первую очередь рассмотрим общие вопросы формирования и проявления основных специфических синдромов, представленных в юношеском возрасте. К таким особым нозологически неспецифичным психопатологическим состояниям, закономерности возникновения и развития которых напрямую связаны с периодом созревания, были отнесены следующие синдромы: гебоидный, психастеноподобный, метафизической интоксикации, дисморфофобический, юношеской астенической несостоятельности.

Наиболее детальное систематическое исследование гебоидного синдрома представлено в коллективной монографии – «Гебоилная шизофрения» (Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я.,

Беляев Б.С., 1986). Некоторые аспекты данной проблемы были изучены В.Н. Элиава (1983), С.А. Извольским (1983), А.Г. Бильжо (1987). Исследования проведенные под руководством М.Я. Цуцульковской показали, что гебоидный синдром – это сборная группа состояний, различия между клиническими вариантами которого определяются разным соотношением продуктивных расстройств в виде видоизмененных до психотического уровня психологических пубертатных свойств с преобладанием аффективно-волевых нарушений, в том числе влечений, приводящих к противоречащему общепринятым нормам поведению и выраженной дезадаптации в обществе. В клинически наиболее завершенном виде гебоидное состояние представлено при малопрогредиентном течении шизофрении. Здесь оно сохраняет наибольшую связь своей психопатологической структуры с психическими свойствами пубертатного возраста. В прогностическом плане варианты гебоидного состояния были соотнесены с преобладающим характером отдельных психопатологических симптомов, которые соответственно степени их утяжеления обнаруживали динамику от сверхценных образований с охваченностью до нарушений влечений, затем расторможивание и далее непреодолимости, которые в наиболее тяжелых случаях принимали характер стереотипии или импульсивных поступков.

Юношеский психастеноподобный симптомокомплекс напоминает личностные особенности, характерные для людей с психастеническим складом личности (Пантелеева Г. П., 1965; Цуцульковская М.Я. и др., 1989; Пожарицкая Д.А., 1993). В этих случаях у больных появляется несвойственная им ранее нерешительность и неуверенность в своих действиях и поступках, трудность контактов с чувством скованности и напряжения на людях, обостренной рефлексии, ощущение измененности своей личности и отстранения от реального («потеря чувства реального» (Janet P., 1911)), приводящие к нарушению адаптации. По мере развития синдрома к описанным явлениям присоединяются дисморфофобические и ипохондрические идеи полиморфного содержания, сенситивные идеи отношения, рефлексия по типу «моральной ипохондрии», а также аффективные нарушения. Наблюдается волнообразность выраженности психастеноподобных расстройств, колебания уровня идеаторных расстройств от сверхценного к бредовому регистру, коррелирующие с изменениями полюса аффекта и выраженностью аффективных расстройств. Несмотря на тяжесть клинической симптоматики и быстрое наступление социально-трудовой дезадаптации, уровень негативных изменений неглубок. К завершению

юношеского возраста психастеноподобные расстройства утрачивают характер единого симптомокомплекса.

Синдром «метафизической интоксикации» характеризующийся особой аффективно заряженной односторонней интеллектуальной деятельностью, имеющей как правило философское или религиозное содержание и приобретающей на этом участке жизни абсолютно доминирующее положения в их «душевной жизни» и приводящий к различным формам социальной и трудовой дезадаптации. Психопатологический анализ этого синдрома (Дубницкий Л.Б., 1977; Цуцульковская М.Я., и др. 1986) показал, что при состояниях юношеской метафизической интоксикации в отличие от увлечений, свойственных этому возрасту в норме, у пациентов отсутствовали лабильность, изменчивость содержания интересов, зависимость от внешних обстоятельств, характерно односторонне усиленное влечение к познавательной деятельности, так называемые «духовные влечения». Переоценка ценностей принимает здесь «однобокий, гротескный характер моноидеизма, а формирование «одержимости» своими идеями в конечном счете приводит к социальной дезадаптации. Следующим шагом в изучении синдрома «метафизической интоксикации» стал подробный анализ его депрессивного варианта, как состояния наиболее опасного в отношении частоты возникновения суицидального поведения. По данным Е.С. Крыловой (2003), при таком варианте синдрома «содержательным комплексом являются доминирующие пессимистические размышления, касающиеся ценностно-смысловой сферы, в виде идей бессмысленности собственного и/или человеческого существования в целом, и тесно связанные с ними размышления о сущности смерти и правомочности самоубийства, носящие характер депрессивного мировоззрения». Граница между истинным и демонстративным суицидальным поведением здесь практически стирается.

Дисморфофобический синдром наиболее часто определяется в психиатрической литературе как болезненная идея мнимого физического недостатка – формы или функции, заметного для окружающего. П.В. Морозов (1977) при обследовании пациентов юношеского возраста с диагнозом «шизофрения» выявил у них общее содержание идей, связанное с недовольством собственной внешностью реализующееся в форме психопатологических феноменов различного уровня – сверхценного, обсессивного или бредового. А.М. Этингоф (2004) при изучении дисморфофобических депрессий в юношеском возрасте, выявила, что дисморфофобические расстройства в их структуре выступают в тесной связи с идеями собственной

психической неполноценности в сочетании с тревожными опасениями и сенситивными идеями отношения, симптомокомплексом ауто- и сомато- психической деперсонализации, сверхценными ипохондрическими построениями и формированием депрессивного мировоззрения.

Развивающиеся в юношеском возрасте в рамках дисморфофобического синдрома ипохондрические идеи также носят особую возрастную окраску и как правило связаны с идеями физического несовершенства, недостаточной мужественности или женственности (Жалюнене Е.В., 1990) и с особыми сенситивными идеями отношения типа так называемого «юношеского сенситивного бреда», описанного Г.И. Копейко (1988), который относится к числу бредовых состояний, наиболее предпочтительных для больных юношеской шизофренией. Его картина во многом сходна с пубертатными кризовыми проявлениями и характеризуется видоизмененными элементами пубертатного созревания влечений, малой систематизированностью и разработанностью бредовых построений, отчетливым участием депрессивного аффекта, сочетании в структуре бредовых нарушений элементов чувственного и интерпретативного бреда.

В проведенных исследованиях синдрома юношеской астенической несостоятельности (Цуцульковская М.Я. и др., 1986; Олейчик И.В., 1997) было показано, что его ядром является затяжная атипичная эндогенная депрессия. В структуре синдрома преобладают отчетливые идеаторные расстройства, при этом отмечается практически полное отсутствие аффекта тоски и двигательной заторможенности. Доминирующие когнитивные нарушение приводят к затруднениям в восприятии и осмыслении учебного материала и, в связи с этим, к несостоятельности в учебе. Нарушения мышления сочетаются с объективно и субъективно определяемым снижением уровня активности, ослаблением интересов, побуждений, при незначительной выраженности других позитивных проявлений болезни. Характер течения таких депрессий затяжной, ундулирующий, с размытостью границ и волнообразностью выраженности клинических проявлений, колебанием интенсивности когнитивных расстройств, вплоть до полного их исчезновения в ситуациях, не требующих усиленной интеллектуальной деятельности.

Пожалуй, наиболее рельефно описанные синдромы выступают в картине особой формы юношеской малопрогредиентной шизофрении, протекающую в виде атипичного пубертатного приступа – (Наджаров Р.А., Цуцульковская М.Я. и др., 1985; Цуцульковская М.Я., 1999). По данным многолетних клинико-катамнестических исследова-

ний такая форма составляет 12,5 % случаев шизофрении в юношеском возрасте (Цуцульковская М.Я. и др., 1999). Клиническая картина в этих случаях определяется специфическими сверхценно-бредовыми психопатологическими синдромами (гебоидным, психастеноподобным, метафизическим, дисморфофобическим, юношеским сенситивным бредом отношений), проделавшими отчетливую динамику от утрированных пубертатных кризовых проявлений до патологически видоизмененных – вплоть до психотического уровня. Для всех вариантов атипичных пубертатных приступов, развивающихся в рамках юношеской малопрогредиентной шизофрении, характерно достаточно затяжное, но в то же время относительно благоприятное течение. Манифестное состояние полностью ограничивается этапами юношеского периода, по завершении которого наступает стойкая ремиссия с признаками незначительных постпроцессуальных изменений личности, таких как психический ювенилизм, углубление шизоидного склада личности, некоторая эмоциональная нивелировка, ригидность. При этом в большинстве случаев больные достигают полной социально-трудовой адаптации и профессиональных успехов.

Одним из основных направлений исследований, проводимых под руководством профессора М.Я. Цуцульковской, оставалось исследование приступообразных форм шизофрении, которое осуществлялось как в 70-е годы (Михайлова В.А., 1978; Цуцульковская М.Я., 1979), так и в 2000-е. Во всех этих исследованиях акцент делался на психопатологических особенностях манифестного (первого) приступа (Михайлова В.А., 1979; Каледа В.Г., 1998, 2010; Бархатова А.Н., 2005; Омельченко М.А., 2011; Голубев С.А., 2011; Вдовенко А.М.,2012; Попович У.О., 2014), инициального этапа и структуры преморбидной личности (Цуцульковская М.Я., Пекунова Л.Г., Михайлова В.А., 1977; Каледа В.Г, и др. 2012; Сергеева О.Е., 2012), а также последующего течения по данным катамнеза (Цуцульковская М.Я., 1979; Каледа В.Г., 2010).

В этих работах были выявлены психопатологические и психобиологические особенности первых приступов эндогенных приступообразных психозов, манифестирующих в юношеском возрасте. К которым относятся: полиморфизм клинической картины при незавершенности, фрагментарности и изменчивости психопатологических симптомов; высокая представленность аффективных расстройств, которым свойственна отчетливая возрастная атипичность проявлений; частота кататонических расстройств, имеющих широкий диапазон проявлений от симптомов «малой кататонии» до генерализованных форм, сопровождавшихся, как правило, выраженными

соматовегетативными расстройствами; преобладание острого чувственного бреда при редкой встречаемости приступов с систематизированным интерпретативным бредом; наличие «пубертатных черт» в картине продуктивной симптоматики, которые проявляются как в тематике бредовых и галлюцинаторных расстройств, так и в частоте возникновения бредоподобного фантазирования и галлюцинаций воображения; преобладание идеаторных автоматизмов в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо в сравнении с сенсорными и кинестетическими; доминирование аутохтонных механизмов возникновения приступа над психогенными и соматогенными; затяжной характер всего приступа, а также этапа становления ремиссии; высокая частота появления суицидальных тенденций после перенесенного первого психотического приступа; значительная представленность в их картине когнитивных расстройств.

В исследованиях под руководством М.Я. Цуцульковской за последние два десятилетия был установлен новый стандарт обследования больных с применением параклинических методов, включая нейрофизиологические, нейровизуализационные, клинико-иммунологические, молекулярно-генетические, а также пато- и нейро- психологические методики (Михайлова Е.С., и др., 2000; Лебедева и др., 2000, 2007, 2013; Сидорова М.А. и др, 2007; Каледа В.Г. и др, 2011; Мелешко Т.К. и др,. 2013; Клюшник Т.П. и др, 2009, 2014; Коляскина Г.И. и др., 2014). В исследовании первых психотических приступов, мультидисциплинарный подход позволил выявить ряд новых корреляций психопатологических состояний с параклиническими показателями. При изучении нейрокогнитивного симптомокомплекса у больных с первым психотическим эпизодом в юношеском возрасте, было установлено, что каждому из синдромальных типов приступов, соответствовала его особая конфигурация (Каледа В.Г., Лебедева И.С., Бархатова А.Н., 2008). Нейропсихологические и нейрофизиологические данные позволили установить как общие для всех синдромальных типов первых приступов признаки поражения мозговых структур, так и их определенные различия: у больных с кататоническим типом приступов в патологический процесс вовлекаются преимущественно премоторные и префронтальные отделы коры, при галлюцинаторно-бредовом типе – префронтальные и теменные отделы, при аффективно-бредовом – теменно-затылочные. При исследовании параметров врожденного и приобретенного иммунитета на момент манифестации первого приступа (Клюшник Т.П. и др. 2009) выявлено, что в юношеском возрасте, в отличие от позднего возраста, манифестация эндогенного психоза сопровождается активизацией

врожденного иммунитета, уровень которой не связан с психопатологической структурой приступа. Результаты патопсихологического обследования больных юношеской шизофренией после редукции психотической симптоматики обнаружили доминирование полезависимого стиля познавательной деятельности, преобладание неадекватной личностной самооценки, отсутствие реальных планов на будущее (Мелешко Т.К. и др., 2013).

Катамнестические исследования показали, что течение юношеской приступообразной шизофрении характеризуется выраженной тенденцией к развитию повторных приступов при сохранении в их синдромальной структуре психопатологических особенностей первого приступа, при этом период наиболее интенсивного приступообразования приходится на первые десять лет катамнеза (Михайлова В.А. 1979; Бархатова А.Н., 2005; Омельченко М.А., 2011; Голубев С.А., 2011; Каледа В.Г., 1998; 2010). При обобщении многолетних катамнестических данных в течение юношеской шизофрении были выявлены две основные закономерности. С одной стороны, тенденция к более тяжелому течению, с высокой прогредиентностью и неблагоприятным исходом, что особо ярко проявляется при юношеской злокачественной шизофрении. С другой стороны – обнаружение благоприятных вариантов течения с исходом, соответствующим современным критериям «выздоровления», как при малопрогредиентных формах, так при приступообразно-прогредиентных и рекуррентных формах, что связанно с высокими компенсаторными резервами головного мозга в молодом возрасте.

Для понимания постприступной динамики юношеских эндогенных приступообразных психозов особый интерес представляет недавно завершенное исследование А.Н.Бархатовой (2015), посвященное концепции дефицитарно-личностных расстройств на начальных этапах юношеской шизофрении.

При юношеской шизофрении описана особая форма негативных расстройств, представленная чертами психического инфантилизма (ювенилизма), которая проявляется в общем облике больных, характере их эмоциональных реакций, поступках, оценке окружающего (Цуцульковская М.Я., 1967; Пекунова Л.Г., 1974; Михайлова В.А., 1979; Цуцульковская М.Я., Минскер Э.И., Пекунова Л.Г., 1975). Выраженность ювенилизма зависит от степени прогредиентности процесса и может носить парциальный или тотальный характер. Кроме этого, при юношеской шизофрении в ряде случаев имеет место нарушение физического и полового развития, которое не всегда сопровождается задержкой психического созревания.

Сравнительный анализ результатов двух катамнестических исследований (Михайлова В.А., 1979; Каледа В.Г., 2010), проведенных под руководством М.Я. Цуцульковской по общему дизайну с тридцатилетним интервалом, позволил установить её более благоприятное течение в настоящее время как отражении общего и лекарственного патоморфоза эндогенных психозов, манифестирующих в молодом возрасте (Цуцульковская М.Я. и др., 2009).

В последние годы в фокусе исследователей вновь оказался продромальный этап шизофрении, изучение которого в сотрудничестве с генетиками, нейрофизиологами, иммунологами позволило определить критерии высокого и ультра высокого риска развития этого заболевания (Сергеева О.Е., и др. 2014; Омельченко М.А. и др. 2014; Клюшник Т.П. и др., 2014; Коляскина Г.И. и др., 2014). Клинические критерии группы высокого риска включают по меньшей мере один из нижеперечисленных признаков: повторяющиеся ослабленные, подпороговые психотические симптомы; транзиторные психотические симптомы; «базисные» симптомы, которые представляют собой субъективно выявляемые нарушения в сферах перцепции, мышлении, речи и внимании, по своей структуре не относящиеся к классическим психотическим расстройствам; шизотипическое расстройство со значительным ухудшением преморбидного функционирования. Присоединение к указанным расстройствам наследственной отягощенности, т.е. наличие родственников первой степени с психотическим заболеванием или шизотипическим расстройством, а также генетический риск у исследуемого, подтвержденный результатами генотипирования, позволяет отнести больного к группе ультравысокого риска по развитию шизофрении. При проведении нейрофизиологического обследования у этого контингента были выявлены признаки, сходные с таковыми в группе пациентов с подтвержденным диагнозом «шизофрения». Аналогичным образом были установлены корреляции в иммунологическом профиле, на основании которых можно предположить единый генез рассмотренных неманифестных психических расстройств и заболеваний шизофренического спектра. Полученные данные дают возможность разработать подходы к ведению больных из группы ультравысокого риска по развитию шизофрении с целью максимального удлинения продолжительности доманифестного этапа и/или предотвращения манифестации.

Кроме многочисленных работ, посвященных изучению шизофрении под руководством М.Я.Цуцульковской были подробно изучены аффективные расстройства юношеского возраста (Владими-

рова Т.В., 1986; Гибайдулин Е.Ш., 1993, Этингоф А.М., 2004; Крылова Е.С., 2004; Бебуришвили А.А., 2009; Олейчик И.В., 1998, 2011; Максимова М.Ю., 2002; Копейко Г.И., 2011). При исследовании всей когорты больных с юношескими депрессиями (Цуцульковская М.Я. и др,. 2000; Олейчик И.В., 2011) было подтверждено отчетливое модифицирующее влияние возрастного фактора, которое проявляется в выраженном полиморфизме клинической картины, дисгармоничном соотношении основных компонентов депрессивной триады, незавершенностью и возрастном своеобразии феноменологических проявлений, в совокупности определяющих атипичный характер картины депрессивных состояний. Характерным для депрессивной триады в этот период является преобладание идеаторного компонента, проявляющегося картиной нарушения когнитивных функций различной качественной структуры. При этом собственно тимический компонент депрессивной триады в юности атипичен и чаще всего представлен апато-адинамическим аффектом, реже дисфорическим и тревожным, и, особенно редко, тоскливым. Моторный компонент проявляется картиной вялости, адинамии, анергии с ощущением физического и морального бессилия и сопровождающихся отсутствием осознания депрессивного генеза этих проявлений. При этом усиление до патологического уровня возрастных психологических особенностей и незрелость психических функций (отсутствие зрелой социальной позиции, юношеский максимализм, неадекватная оценка своих возможностей, слабость самоконтроля) предопределяет высокую суицидальную активность пациентов и крайне высокий суицидальный риск при депрессиях юношеского возраста (Олейчик И.В. и др., 2013).

Маниакальные состояния юношеского возраста, изученные Е.Ш. Гибадулиным (1993), также характеризовались значительной атипией и дисгармоничностью собственно маниакальных проявлений. Типичный аффект веселья встречался относительно редко и был, как правило, довольно нестабильным, меняя свою интенсивность на протяжении суток и перемежаясь вспышками раздражительности или эпизодами тревоги. У большинства больных тимический компонент был крайне стертым, рудиментарным. Идеи переоценки собственной личности имели, как правило, наивно-инфантильный и гиперболизированный характер, резко контрастируя с кругом прежних интересов и увлечений больных. Собственно аффективная симптоматика сопровождалась обилием специфических для юношеского возраста гебоидных и сверхценных расстройств, в формировании которых играют важную роль наряду с аффективными и пубертатные

кризовые проявления. У всех изученных больных отмечена склонность к затяжному течению маниакальных состояний с наличием, как правило, этапа предшествовавших гипоманиакальных расстройств. При типологической дифференциаций выявлены следующие разновидности, отражающие модифицирующее влияние возрастного фактора: гебоидный, метафизический, классический и непродуктивный варианты юношеских маний.

В специальном исследовании смешанных аффективных расстройств юношеского возраста проведенном Г.И. Копейко (2011), выявлена их высокая частота, что отражает патогенетическое и патопластическое влияние биологических особенностей юношеского возраста. Были выделены и описаны три основных разновидности смешанных состояний: дисфориоподобная мания, ассоциативно-ускоренная депрессия, альтернирующий тип смешанных состояний. Установлена предпочтительность формирования альтернирующего варианта смешанных состояний в юношеском возрасте.

В исследовании М.Ю.Максимовой (2002) установлено, что для больных юношескими депрессиями характерна выраженная неоднородность личностной структуры, включающая, как различия по основным типам личности, так и по степени выраженности личностных аномалий и их динамики в пределах юношеского возраста. Выявлена взаимосвязь между типом личности и клинической картиной депрессивного состояния, развившегося в юности.

Из перечисленных типов юношеских депрессий, кроме вышеописанной разновидности с юношеской астенической несостоянтельности (Олейчик И.В., 1997), наиболее подробно под руководством профессора Цуцульковской были изучены депрессии с доминированием особых сверхценных симптомокомплексов. В этих исследованиях, предпринятых последовательно А.М. Этингоф (2004), Е.С. Крыловой (2004) и А.А. Бебуришвили (2009), особый интерес представляют данные обследования больных с пубертатной декомпенсации психопатии, которая как правило охватывает весь юношеский период. Этот особый контингент больных представляет значительные сложности в диагностическом и прогностическом отношении и нуждается в дальнейшем изучении.

Вопросы терапии психических заболеваний всегда были в фокусе научных интересов профессора М.Я. Цуцульковской. В СССР она была одним из основных исследователей первого атипичного нейролептика – клозапина (Цуцульковская М.Я. и др. 1984; Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., 1984). Кроме этого она участвовала в исследованиях флюфеназина (Цуцульковская М.Я.,

Смулевич А.Б., 1967), галоперидола деканоата, клопиксола-депо, рисполепта, зипрексы, акинетона, ряда ноотропных препаратов (Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., 1982). Практические каждое из исследований, предпринятых в под руководством М.Я. Цуцульковской, включало разработку рекомендаций по лечению больных из исследованной когорты. Специальное исследование проведенное В.В. Артюх (2005), было посвящено клинико-терапевтическим корреляциям и возрастным особенностям антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при терапии юношеских депрессий. Обобщая многолетний научный и практический опыт, были сформулированы и основные принципы, касающиеся подходов к организации и проведению терапевтических мероприятий для больных эндогенными психическими заболеваниями, попавшими в поле зрения психиатров в юношеском возрасте (Цуцульковская М.Я., и др, 2002; 2003; Олейчик И.В., 2011; Копейко Г.И., Артюх В.В., 2012; Каледа В.Г., и др. 2014). При использовании большинства стандартных психосоциальных подходов в работе с больными юношеского возраста возникает необходимость их специальной адаптации (Цуцульковская М.Я., Поляков Ю.Ф. и др., 1988; Казьмина О.Ю. и др., 2000; Маричева М.А., 2014). Так, существенным требованием к работе с этим контингентом больных является низкая директивность воздействий, продиктованная влиянием характерных реакций эмансипации (т.е. освобождения от контроля и опеки (родителей, педагогов и т.п.) и таких возрастных ценностей, как стремление к независимости и самостоятельности. Рекомендуется преимущественное использование групповых форм работы, учитывающих свойственные юности реакции группирования (высокая значимость роли/места в социальной группе, отношения членов группы), что позволяет использовать особое значение суждений/оценок сверстников в процессе терапии.

Таким образом, многочисленные клинико-психопатологические, клинико-катамнестические, клинико-патогенетические исследования, предпринятые в НПЦЗ в клинике под руководством М.Я. Цуцульковской планомерно и всесторонне формулировали, рассматривали и решали наиболее актуальные и сложные проблемы психиатрии юношеского возраста. Этими работами Мэлле Яковлевне удалось расширить и обогатить весь психиатрический дискурс XX века, а их методологическая выверенность и последовательность гарантировали преемственность научного знания при смене поколений исследователей, обеспечив и новые перспективы для планирования исследовании.

Список литературы

1. Артюх В.В. Место антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в терапии юношеских депрессий (клинико-терапевтические корреляции и возрастные особенности). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 235 с.
2. Бархатова А.Н. Особенности эндогенного юношеского приступообразного психоза, с кататоническим расстройствами в структуре манифестного приступа. // Психиатрия. – 2005. – № 3. – С. 38–44.
3. Бархатова А.Н. Клинические предикторы первой ремиссии юношеского эндогенного приступообразного психоза // Психиатрия. – 2015. – № 1. – С. 5–10.
4. Бебуришвили А.А. Юношеские депрессии со сверхценными симптомокомплексами в рамках динамики расстройства личности (клинико-психопатологическое и клинико-катамнестическое изучение). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 226 с.
5. Бильжо А.Г. Благоприятные исходы на уровне практического выздоровления при юношеской малопрогредиентной шизофрении: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 290 с.
6. Вдовенко А.М. Юношеский эндогенный приступообразный психоз, манифестирующий приступом депрессивно-бредовой структуры (клинико-психопатологическое и клинико-катамнестическое исследование). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 225 с.
7. Владимирова Т.В. Юношеские депрессии (диагностика, типология и вопросы прогноза). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 284 с.
8. Гибадулин Е.Ш. Эндогенные мании юношеского возраста (Клиника, диагностика, прогноз). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1993. – 255 с.
9. Голубев С.А. Юношеская приступообразная шизофрения, протекающая с доминированием галлюцинаторных расстройств в структуре первого приступа (клиническое и клинико-катамнестическое исследование). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 270 с.
10. Дубницкий Л.Б. Особые сверхценные образования типа «метафизической интоксикации» при юношеской шизофрении. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1977. – 177с.
11. Жалюнене Е.В. Ипохондрический синдром в дебюте юношеской шизофрении (особенности психопатологии и прогноз). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 230 с.
12. Иваницкая Т.Ю. О клинических проявлениях особой группы рано начавшейся шизофрении, текущей с преобладанием негативных расстройств. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1971. – 237 с.

13. Извольский С.А. Психотические состояния, возникающие в течении юношеской психопатоподобной гебоидной шизофрении. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 281 с.

14. Казьмина О.Ю., Владимирова Т.В., Олейчик И.В., Цуцульковская М.Я. и др. Место группового психокоррекционного метода в комплексной психофармако- и психотерапии юношеских эндогенных депрессивных расстройств // Журн. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 2. – С. 27–30.

15. Каледа В.Г. Клиника и течение шизоаффективного психоза юношеского возраста (клинико-катамнестическое исследование). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 275 с.

16. Каледа В.Г., Лебедева И.С., Бархатова А.Н., Сидорова М.А. Особенности структуры и топографии аномалий когнитивных процессов у больных с первым приступом юношеского эндогенного психоза. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2008. – № 4. – С. 30–33.

17. Каледа В.Г. Юношеский эндогенный приступообразный психоз. (психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты первого приступа). Дисс. ... докт. мед. наук. – 2010. – 347 с.

18. Каледа В.Г., Лебедева Е.С., Якимов Я.О., Бархатова А.Н., Ахадов Т.А., Семенова Н.А., Петряйкин А.В. Структурно-функциональные характеристики головного мозга у больных юношеского возраста в ремиссии после первого приступа эндогенного психоза. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – № 10. – С.18–21.

19. Каледа В.Г., Мезенцева О.Е., Крылова Е.С., Бархатова А.Н. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 5. – С. 18–21.

20. Каледа В.Г., Голубев С.А. современные подходы и принципы к терапии приступообразной шизофрении, манифестирующей в юношеском возрасте. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014. – № 6. – С. 35–41.

21. Клюшник Т.П., Каледа В.Г., Сарманова З.В., Отман И.Н., Дупин А.М. Динамика клинических и иммунологических показателей в структуре первого приступа юношеского эндогенного психоза. // Журнал неврол. и психиатр. им С.С. Корсакова. – 2009. – № 1. – С.16–23.

22. Клюшник Т.П., Омельченко М.А., Сарманова З.В., Зозуля С.А., Отман И.Н., Дупин А.М., Каледа В.Г. Возможность использования иммунологических показателей для оценки риска манифестации

эндогенных психозов у больных с непсихотическими расстройствами юношеского возраста. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. – № 10. – С. 97–101.

23. Коляскина Г.И., Секирина Т.П., Васильева Е.Ф., Кушнер С.Г., Петракова Л.Н., Бархатова А.С., Омельченко М.А. Особенности иммунной системы и риск развития эндогенного психоза в юношеском возрасте. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 3. – С. 46–49.

24. Копейко Г.И.Сенситивный бред отношения при юношеской шизофрении (особенности психопатологии и прогноз). Дисс. ... канд. мед.наук. – М., 1988. – 228 с.

25. Копейко Г.И. Смешанные аффективные состояния в юношеском возрасте (исторический аспект, современное состояние проблемы, психопатология). // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. – № 10. – С. 4–11.

26. Копейко Г.И., Артюх В.В. Особенности клинического действия антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при лечении эндогенных депрессий юношеского возраста // Практическая медицина. 2012. – № 2. – С.100–104.

27. Крылова Е.С. Юношеские депрессии с симптомокомплексом «метафизической интоксикации». Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 295 с.

28. Лебедева И.С., Орлова В.А., Каледа В.Г., Цуцульковская М.Я. Р300 при шизофрении // Журн. неврол. и психиатр. им С.С. Корсакова. – 2000. – № 1. – С. 47–49.

29. Лебедева И.С., Каледа В.Г., Бархатова А.Н. Нейрофизиологические характеристики когнитивных функций у больных с первым приступом эндогенного психоза юношеского возраста. // Журн. неврол. и психиатр. им С.С. Корсакова. 2007. – № 2. – С. 12–20.

30. Лебедева И.С., Каледа В.Г., Бархатова А.Н., Ахадов Т.А., Семенова Н.А. Маркеры структурного и функционального состояния головного мозга при становлении ремиссии у больных юношеской шизофренией. // Психиатрия. – 2013. – № 2. – С. 26–31.

31. Максимова М.Ю. Особенности личности больных депрессиями юношеского возраста и ее динамика на преморбидном этапе. // Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 288 с.

32. Маричева М.А. Психосоциальная терапия в комплексном лечении больных с первым приступов юношеского эндогенного психоза. // Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2014. – 189 с.

33. Мелешко Т.К., Критская В.П., Сергеева О.Е., Каледа В.Г. Первый психотический приступ в юношеском возрасте: особен-

ности личности и когнитивной деятельности больных. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013 – № 11. – С. 10–16.

34. Михайлова В.А. Разновидности течения юношеской приступообразной шизофрении в свете отдаленноо катамнеза // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1979. – № 1. – С. 71–78.

35. Михайлова Е.С., Цуцульковская М.Я., Олейчик И.В. Нейрофизиологические механизмы нарушения распознавания эмоций при эндогенной депрессии // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – № 1. – С. 38–43.

36. Морозов П.В. Юношеская шизофрения с дисморфофобическими расстройствами (клинико-катамнестическое исследование): Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1977. – 175 с.

37. Наджаров Р.А., Цуцульковская М.Я., Концевой В.А., Шахматова-Павлова И.В., Шмаонова Л.М. К проблеме систематики шизофрении в свете современных клинико-катамнестических, эпидемиологических и клинико-генеалогических данных. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – № 1. – С. 66–78.

38. Олейчик И.В. Юношеские депресии с «ювенильной астенической несостоятельностью» (психопатология, диагностика, прогноз). Дисс. ... канд. мед. наук. – 1997. – 308 с.

39. Олейчик И.В. Эндогенные депрессии юношеского возраста (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое и фармако-терапевтическое исследование). Дисс.... докт. мед. наук. – М., 2011. – 312 с.

40. Олейчик И.В. Комбинированная фармакотерапия юношеских эндогенных депрессий (вопросы эффективности и безопасности). // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2011. – № 1. – С. 21–25.

41. Олейчик И.В. Особенности суицидального поведения при различных типах юношеских эндогенных депрессий // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. № 1. С. 5–11.

42. Омельченко М.А. Юношеский эндогенный психоз с маниакально-бредовой структурой первого приступа (психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 249 с.

43. Омельченко М.А., Голубев С.А., Никифорова И.Ю., Каледа В.Г. Оценка риска манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского

возраста. // Журн. неврол и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2014. – №.6. – С. 17–24.

44. Пантелеева Г.П. Вялотекущая шизофрения с клиническими изменениями психастенического типа: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1965. – 289 с.

45. Пантелеева Г.П. О гебоидофрении (клинико-катамнестическое исследование): Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1973. – 331 с.

46. Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С. Гебоидная шизофрения. – М.: Медицина, 1986. – 192 с.

47. Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С. Клиническая эффективность лепонекса по данным международного исследования. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – № 3. – С. 393–401.

48. Пекунова Л.Г. Особенности доманифестных состояний больных юношеской злокачественной и малопрогредиентной шизофренией (сравнительное клиническое изучение). Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1974. – 233 с.

49. Пожарицкая Д.А. Психастеноподобный синдром в дебюте юношеской шизофрении (особенности психопатологии и прогноз). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1993. – 287 с.

50. Попович У.О. Ипохондрический бред в структуре приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза (клинико-психопатологические, клинико-патогенетические и прогностические аспекты). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2015. – 205 с.

51. Сергеева О.Е. Доманифестный этап юношеского эндогенного приступообразного психоза (клинико-психопатологические и клинико-патогенетические аспекты). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 220 с.

52. Сергеева О.Е., Каледа В.Г., Голимбет В.Е. К вопросу о выявлении в подростково-юношеском возрасте группы высокого риска манифестации эндогенных психозов (психопатологические и молекулярно-генетические аспекты) // Психиатрия. – 2014. – № 3. – С. 59–60.

53. Сидорова М.А., Каледа В.Г., Бархатова А.Н. Особенности структуры и динамики нейрокогнитивных процессов при манифестных приступах юношеского эндогенного психоза. // Психиатрия. – 2007. – № 2. – С. 33–41.

54. Циген Т. Душевная и половая жизнь юношества. М., – 1926. – 140 с.

55. Цуцульковская М.Я. Клиника и судебно-психиатрическая оценка ранних форм сифилиса мозга. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1952. – 308 с.

56. Цуцульковская М.Я., Минскер Э.И., Пекунова Л.Г. Исследование психического инфантилизма больных юношеской шизофренией. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. – № 1. – С. 102–110.

57. Цуцульковская М.Я., Смулевич А.Б. Применение флюфеназина при лечении резистентных к терапии больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967. – № 1. – С. 138–143.

58. Цуцульковская М.Я., Пантелеева Г.П. Пирацетам, пиридитол и пантогам в психиатрической практике. // Новые лекарственные препараты. 1982. № 3. С. 9–13.

59. Цуцульковская М.Я., Минскер Э.И., Пантелеева Г.П. Международное клинико-фармакокинетическое исследование индивидуальной предикции терапевтического эффекта лепонекса (методология и организация) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – № 3. – С. 387 – 393.

60. Цуцульковская М.Я. Некоторые особенности развития юношеской шизофрении в свете отдаленного катамнеза. // Журн. невропатол. и психиатр. – 1979. – № 4. – С. 604–611.

61. Цуцульковская М.Я. Особенности клиники непрерывно текущей шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте. // Дисс. ... докт. мед. наук. – М. – 1968. – 703 с.

62. Цуцульковская М.Я. Шизофрения, протекающая в виде атипичного затяжного пубертатного приступа. // В кн.: Руководство по психиатрии под ред. А.С. Тиганова. – М. – 1999. – Т. 1. – С. 446–458.

63. Цуцульковская М.Я., Копейко Г.И., Олейчик И.В., Владимирова Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клиниче-ской картины депрессий и особенности терапии. // Психиатрия. – 2003. – № 5. – С. 21–28.

64. Цуцульковская М.Я., Орлова В.А., Михайлова В.А. Об атипичных депрессиях в дебюте эндогенных заболеваний юношеского возраста (клиника и дифференциальная диагностика) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1982. – № 11. – С. 1700–1707.

65. Цуцульковская М.Я., Пантелеева Г. П. Клиника и дифференциальная диагностическая оценка некоторых психопатологических синдромов пубертатного возраста. // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. – М., 1986. – С. 13–28.

66. Цуцульковская М.Я., Абрамова Л.И., Элиава В.Н. К вопросу о типологии конечных состояний юношеской злокачественной

шизофрении (клинико-катамнестическое исследование). Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1982. – № 4. – С. 579–585.

67. Цуцульковская М.Я., Извольским С.А., Копейко Г.И. Юношеская шизофрения, дебютирующая сверхценными расстройствами типа «метафизической интоксикации» (ранняя диагностика, разновидности течения, прогноз). // Журн. невропат, и психиат. – 1986. – № 1. – С. 73–86.

68. Цуцульковская М.Я., В.П.Критской, Т.К.Мелешко. Бильжо А.Г. Клинико-психологические особенности больных при благоприятных исходах юношеской малопрогредиентной шизофронии. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1986. – № 12. – С. 1825–1031.

69. Цуцульковская М.Я., Бильжо А.Г., Орлова В.А., Владимирова Т.В., Василенко Е.В. Прогноз благоприятного исхода юношеской малопрогредиентной неврозоподобной шизофрении на основе данных отдаленного катамнеза. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1988. – № 3. – С. 86–93.

70. Цуцульковская М.Я., Поляков Ю.Ф., Хломов Д.Н., Слоневский Ю.А., Бильджо А.Г., Копейко Г.И., Владимирова Т.В., Пожарицкая Д.А., Баклушинский С.А., Жалюлене Е.В. Применение методов психологической коррекции для профилактики социальной дезадаптации и оптимизации социального функционирования при эндогенных психических расстройотвах юношеского возраста. Методические рекомендации. Москва. – 1988 г. – 30 с.

71. Цуцульковская М.Я., Мелешко Т. К. Пожарицкая Д.А. Психастенический симптомокомплекс в пубертатном периоде (вопросы диагностики, психокоррекции и социальной адаптации) // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии (Тезисы докладов III съезда невропатологов, нейрохирургов к психиатров Эстонской ССР, – Таллинн. – I989. – Т. 2. – С. 243–245).

72. Цуцульковская М.Я., Каледа В.Г. Клинические особенности течения и исхода шизоаффективного психоза, манифестирующего в юношеском возрасте. //Материалы научно-практической конференции «Аффективные и шизоаффективные психозы». – М., 1998. – С. 156–168.

73. Цуцульковская М.Я., Олейчик И.В., Владимирова Т.В., Казьмина О.Ю. и др. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, типология, нозологическая оценка, лечение). // Пособие для врачей. – М., 2000. – 32 с.

74. Цуцульковская М.Я., Олейчик И.В., Каледа В.Г., Копейко Г.И., Изнак А.Ф., Коляскина Г.И., Корсакова Н.К., Мельниченко Г.А. О необходимости специальных подходов к психофармакотерапии эндогенных расстройств юношеского возраста. // Материалы IX Росс. нац. конг. «Человек и лекарство». – М., – 2002. – С. 491.

75.Цуцульковская М.Я., Копейко Г.И., Олейчик И.В., Владимирова Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенности терапии. // Журн. Психиатрия. – 2003. – № 5. – С. 21–28.

76. Цуцульковская М.Я., Олейчик И.В. Юношеские депрессии: клинико-психопатологические и терапевтические аспекты. // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 293.

77. Цуцульковская М.Я., Каледа В.Г., Михайлова В.А. К вопросу о патоморфозе течения и исхода эндогенных приступообразных психозов, манифестирующих в юношеском возрасте. // Материалы общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2011)». – Москва. – 2008. – С. 131–132.

78. Цуцульковская М.Я. Шизофрения, протекающая в виде атипичного затяжного пубертатного приступа // В кн.: Руководство по психиатрии под ред А.С. Тиганова. – М. – 1999. – Т. 1. – С. 446 – 458.

79. Цуцульковская М.Я., Копейко Г.И. Шизофрения, протекающая в виде атипичного затяжного пубертатного приступа в кн. Руководство по психиатрии. Под ред А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 2012 – Т. 1. – С. 533–549.

80. Элиава В.Н. Гебоидные дебюты прогредиентных форм юношеской шизофрении (клиника и вопросы прогноза на основе данных отдаленного катамнеза). // Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 250 с.

81. Этингоф А.М. Юношеские дисморфофобические депрессии. // Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 253 с.

Александрова Н.А.

К вопросу о коморбидности психических расстройств в практике судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетних

г. Москва, ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского»

В последние десятилетия во всем мире наблюдается неуклонный рост распространенности заболеваний, связанных с употреблением различных психоактивных веществ. Проблема аддиктивного поведения в молодежной среде, несмотря на усилия современного общества, часто приобретает пандемический характер [Кошкина Е.А., 2013]. Наблюдающаяся тенденция к «омоложению» возраста первых проб ПАВ, доступность различных наркотических веществ (и, в особенности, курительных смесей), «активная реклама и пропаганда» употребления ПАВ в молодежной среде (распространение информации и обмен опытом в «группах по интересам» в различных социальных сетях) – все это приводит к тому, что несовершеннолетние с зависимостью от ПАВ чаще попадают в поле зрения судебно-психиатрических экспертов. Формирование синдрома зависимости сопровождается учащением привлечения несовершеннолетних к уголовной ответственности, при этом структура преступности среди них зависит от вида ПАВ, в отношении которого формируется зависимость [Дмитриева Т.Б. с соавт., 2003].

В судебно-психиатрической практике все чаще приходится сталкиваться с проблемой «двойных диагнозов». Психически больные с сопутствующей наркологической патологией составляют 10–12 % от общего числа пациентов [Зиновьев С.В., 2010]. Присоединение наркологического заболевания видоизменяет течение имеющейся у подростка основной психической патологии, вызывая полиморфизм и атипичность клинической картины того и другого заболевания, что, в свою очередь, неизбежно приводит к трудностям диагностики и судебно-психиатрической оценки лиц с такой формой коморбидной психической патологии.

С каждым годом возрастает число новых наркотических веществ, преимущественно синтетического происхождения, которые вызывают формирование быстрой (буквально после нескольких проб) зависимости и развитие необратимых психических расстройств, что, несомненно, представляет для врачей определенные трудности, связанные с клинической диагностикой. Следует отметить, что ингаляционные отравления у подростков наступают уже при употреблении малых доз курительных смесей и протекают значительно тяжелей, нежели у взрослого. Клиника интоксикации, вызванная употреблением курительных смесей, весьма разнообразна: от трудностей сосредоточения, нарушений ориентировки в окружающем, деперсонализационно-дереализационного синдрома, нарушений координации движений до неадекватного речевого контакта, развитием тревоги вплоть до ажитации, зрительных и слуховых галлюцинаций устрашающего характера, под воздействием которых подростками может совершаться самоубийство. Кроме того, даже недлительное периодическое курение смесей становится причиной необратимых деструктивных процессов в ЦНС, от когнитивных нарушений до выраженных органических расстройств личности. ООД, совершенные подростками в состоянии интоксикации, зачастую отличаются агрессивностью, и направлены, в основном против личности, в том числе и против половой неприкосновенности.

Таким образом, значительная распространенность аддиктивного поведения в подростковой среде, появление новых наркотических веществ синтетического происхождения требует дальнейшего изучения клинико-биологических закономерностей формирования и течения как самого синдрома зависимости от ПАВ, так и его влияния на основные клинические закономерности течения различных психических расстройств, а также характер и динамику противоправной активности подростков, и как следствие, выбора адекватных мер медицинского характера с учетом коморбидной наркологической патологии.

Арпентьева М.Р.

Профилактика суицидального поведения в юношеском возрасте

г. Калуга, Калужский государственный университет

Введение. В профилактике суицидального поведения в юношеском возрасте важнейшую роль играет формирование и укрепление жизнеутверждающего потенциала субъекта. Понятие жизнеутверждения – одно из новых понятий современной психологии. Мы занимаемся его изучением с 2013 года на примере исследований семей и людей разного возраста и ценностных ориентаций, а также социальных работников, оказывающих помощь семьям и детям, попавшим в трудные жизненные ситуации [Арпентьева М.Р., 2014], в том числе те, что приводят к попыткам суицида. Феномены жизнеутверждения определяют жизненный путь человека, включенными в его сценарий развития, а также в сценарий семьи, в которую включен человек. Жизнеутверждение – совокупность стратегий, используемых личностью и группой (семьей) для преобразования в целях совладания и развития с несущими угрозу деструкции семьи и личности возникающими в процессе жизнедеятельности кризисными ситуациями разного уровня сложности. Во юношеском и взрослом возрасте их негативное влияние проявляется в сниженной жизнестойкости и склонности к деформациям личности и ее отношений: 1) в неспособности человека как индивида и члена семьи справляться с жизненными трудностями, не только с помощью защитного и направленного на копинг (совладание, компенсацию) поведения, но и поведения, направленного на развитие, самореализацию; 2) неспособности и неделания избегать ситуаций, отношений с людьми, менять условия жизнедеятельности, провоцирующие нарушения и болезни психики, наркомании; 3) в склонности к хроническим и терминальным заболеваниям, возникающим в связи с травматическим жизненным опытом отношений или условий социальной жизни человека и его семьи, профессиональной деятельности, в неспособности продуктивно, осмысленно и эффективно справляться с психосоматическими нарушениями. Нарушения проявляются в нескольких сферах: 1) в сфере отношений человек неспособен выбирать партнеров, присутствие которых соответствует его внутренним потребностям, гармонизирует его жизнь и позволяет ему развиваться, как и ребенок, взрослый фиксируется на отношениях с «объектом» неудовлетворенной потребности в любви, привязываясь к тому, кто выбран именно потому,

что не может потребность удовлетворить; 2) в сфере целей жизнедеятельности молодой человек стремится к фиктивным целям, не нужным ни ему, ни окружающим, но удовлетворяющим требованиям той «псевдолюбви», которую он получил от родителей в раннем возрасте взамен настоящей любви, проявлять которую родители не умели и не стремились; 3) в сфере управления жизненными ресурсами, жизнеутверждающего потенциала субъекта, который оказывается чрезвычайно низок из-за преобладания защитных моделей поведения над совладающими и направленными на самореализацию, из-за поддержанного родительскими директивами отказа субъекта от развития.

В философско-психологической концепции А.Швейцера жизнеутверждение, рассматривается в контексте понятия благоговения перед жизнью, как компонент благоговения, наряду со смирением (принятием жизни) и нравственным отношением к ней. Жизнеутверждающий потенциал личности как способность справляться с трудностями функционирования и кризисами развития, жизнестойкость как определенная степень «живучести» зависят от ресурсов личностей, входящих в семью, в которой родился и воспитывается ребенок [Швейцер А., 1996]. Обращаясь к понятию «жизнеутверждение», А.Швейцер выделяет его как компонент благоговения, наряду со смирением (принятием жизни) и нравственным отношением к ней. Жизнеутверждение противостоит жизнеотрицанию, проявляющемуся в виде депрессивных и разрушительных тенденций в осмыслении и взаимодействии с жизнью. Жизнеутверждение – зависящая от ценностей личности тенденция самореализации, к развития («воля к прогрессу»), а также конкретное событие духовного акта, в момент которого человек перестает жить бездумно и посвящает себя жизни, с благоговением возвышая жизнь до истинной ценности, углубляя и расширяя одухотворенную и усиленную волю к жизни. Нравственные основы жизнеутверждения придают субъекту проницательность, позволяющую отличить истинно ценное, преобразующее, развивающее людей – каждого в отдельности и всех вместе. Основы жизнеутверждения, нравственные, содержательные, инструментальные, человек черпает из опыта семьи, развития в семье. Развитие личности предполагает конструирование определенной модели своей жизни, включающей в себя ценности и цели жизни, представления о себе и окружающих, способы их достижения в общении и деятельности. В качестве такой модели, формирующейся в процессе развития, выступает жизненный сценарий. Жизнеутверждающий потенциал личности может быть представлен как совокупность внутриличностных и межличностных ресурсов (возможностей и соответствующих им огра-

ничений), формирующихся, развивающихся и использующихся во взаимоотношениях членов семьи друг с другом и окружающим миром. Он проявляется проявляются в особенностях и развитости возможностей и ограничений семьи в формировании, поддержании и развитии семьи, ее отношений, реализующихся через все стороны жизнедеятельности: семейной, профессиональной, досуговой и т.д.. Жизнеутверждение предполагает опору на наиболее общие ценностные основания жизни человека и общества, «содержит в себе оптимистические волю и надежду», которые никогда не должны быть утрачены [Лэнгле А., 2010]. Субъект открыто смотрит на жизнь, ее темные и светлые стороны, не боится понимать реальность. Жизнеутверждение противостоит жизнеотрицанию, проявляющемуся в виде депрессивных и разрушительных тенденций в осмыслении и взаимодействии с жизнью, как управляемая нравственными императивами воля к развитию, как уважительное и принимающее отношение к жизни оно развивает людей, семью. С точки зрения методологической, понятие жизнеутверждения расширяет спектр понятий, описывающих проблемы преобразования людьми трудных жизненных ситуаций, позволяет интегрировать разрозненные исследования разных типов преобразования (защита, совладание, развитие) в единый концепт, предложить оригинальные методики, позволяющие оценить состояние субъекта и его возможности преодоления трудной ситуации, наметить направления поддержки. Как показали результаты наших эмпирических исследований, опросов детей, юношей и взрослых, попавших в трудную жизненную ситуацию, основа жизнеутверждающего потенциала, противостоящего потенциалу жизнеотрицания, стремления к суициду или уничтожению окружающего мира, – семейный сценарий. Если жизнеутверждающий потенциал семьи и личности каждого из воспитателей высок, они формируют сценарий победителей: члены семьи доверяют себе и миру, переживают мир как источник опыта и возможностей, учатся и не боятся риска, стремятся к нравственным и постоянным отношениям, основанным на взаимопонимании. Типичны удовлетворенность отношениями в семье и поддержкой, гармоничные отношения, переживание взаимопонимания и любви, успеха, довольства собой и миром. Если жизнеутверждающий потенциал низок, реакции неконструктивны, подавляют активность субъекта и семьи, то человек и семья сталкивается с ощутимыми трудностями в социализации и развитии, налаживании взаимоотношений с другими людьми, обществом в целом. Особенно типичны для жизнеотрицающих субъектов хамартические, наполненные трудностями и провалами сценарии жизни (сценарии жизни «без любви», депрессия, «без разума»,

сумасшествие и «без радости», наркотической зависимости, сценарии беспомощности и неравенства, т.д.), иолодые люди и члены их семьи опасаются мира, не доверяют себе и людям, стремятся к комфорту и защищенности, в том числе в ущерб нравственным основам жизни, крепким отношениям, взаимопониманию. Типичны незавершенные и проблемные отношения, неудовлетворенность отношениями, поддержкой, переживание неуспеха и недовольство собой и миром.

Выводы. Деформации жизнеутверждающего потенциала, его снижение и возникновение (усугубление) проблем, связанных с трудной жизненной ситуацией, связаны с опытом отношений, «запрещающих» или отрицающих полноценную жизнь и бытие самим собой, изменения и развитие, отказывающихся от понимания себя и мира, отрицающих возможность успеха и свободу ответственности, утверждающих отчуждение и дистанцию отношений. Противоположность жизнеутверждающему потенциалу – потенциал жизнеотрицающий, ведущим компонентом которого является стремление к разрушению (уничтожению) себя и мира, включая суицид. Формирование и укрепление жизнеутверждающего потенциала – основа профилактики суицидов в юношеском возрасте. Они требуют обращения к семейным сценариям, их трансформации и переработки хамартических компонентов (имеющихся в роду попыток суицидов, убийств, несчастных случаев, наркоманий, отношений мести и ненависти, «бессмысленных» и ранних смертей, абортов и разводов, тюремных заключений, вынужденных миграций и т.д.). Работа с ними позволяет преобразовать состояние субъекта, прояснить для него особенности его собственной жизни, его собственных задач самореализации, вне и в связи с опытом семьи, рода, страны, человечества.

Список литературы

1. Арпентьева М.Р. Понимание себя и мира в раннем детстве и жизнеутверждающий потенциал личности // Психолог в детском саду. – 2014. – № 2. – С. 3–30.

2. Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии М.: Генезис, 2010. 128 с.

3. Швейцер А. Жизнь и мысли. – М.: Республика, 1996. – 528 с.

Арпентьева М.Р.

Трудные ситуации психотерапии и психологического консультирования подростков и юношей

г. Калуга, Калужский государственный университет

Цель нашего исследования – анализ трудных ситуаций психотерапии и психологического консультирования больных подросткового и юношеского возраста с психическими расстройствами.

Методы исследования. В решении этой цели был проведен теоретический анализ современных исследований трудных ситуаций психотерапии и психологического консультирования психически больных, пограничных и здоровых пациентов и клиентов. Выявлено, что общим, транстеоретическим, принципом работы психотерапевтов и психологов с клиентами и пациентами разных возрастов и типов нарушений является фрустрация обыденных, повседневных способов общения, понимания и реагирования клиента, которые привели к возникновению и развитию нарушений. Однако и само «увлечение» фрустрацией «ради фрустрации», разрушения стереотипов пациента, особенно в ситуации, когда на болезни и нарушения функционирования и развития накладываются феномены, типичные для того или иного возрастного кризиса, может быть в значительной степени патогенным. Целый ряд исследователей отмечает, что, становясь профессионалом, специалист часто «перестает быть человеком». Реальной и достаточно распространенной опасностью в этой ситуации становится возникновение психологической зависимости клиента от психолога и пациента от психотерапевта. С улучшением психологической и психотерапевтической помощи, развитием практики психотерапии и психологического консультирования в целом, проблема зависимости клиента от психолога значительно возрастает. Реальна и обратная ситуация: в процессе помощи, консультирования психолог может оказаться в определенной неосознанной зависимости от клиента, поскольку общение с ним может повышать его самооценку, а также удовлетворять иные, вторичные потребности, чрезмерное развитие которых приводит к возникновению конфликта интересов. Собственно профессиональной задачей специалистов является, по общему мнению, понимание клиента или пациента. В подростковом и юношеском возрасте, когда задачи межличностных отношений становятся центральными, а кризис отношений – ведущим аспектом

возрастного кризиса, проблема понимания стоит очень остро. Пациенты и клиенты этого возрастного типа остро нуждаются именно в понимании. Широко распространенный миф о том, что опытный психотерапевт понимает пациента безошибочно и быстро, формирует у начинающих консультантов убеждение в том, что пациенты и супервизоры ждут от них «такого же» немедленного и точного понимания. В целом [Кейсмент П., 1993] лишь некоторые клиенты препятствуют такому пониманию («сопротивление»), другие же ведут себя, чтобы быть понятыми, что, вероятно, отвечает потребности в определенности, свойственное и психотерапевтам. Однако усилия к пониманию, отмечает он, часто ведут к тому, что интерпретации могут, что называется, «браться с потолка», удовлетворяя те или иные потребности консультанта, не связанные с процессом консультирования и психотерапии. Поэтому толерантность к непониманию также важна, как и стремление понять: на каждой из стадий процесса это вопрос решается по-своему. Кроме того, существует много «трудных» клиентов, которые могут проявлять крайнее сопротивление, молчание, отсутствие мотивации, надоедливость, досаждающее поведение. Однако поведение, вызывающее у консультанта или психотерапевта особенно сильные реакции, часто обнаруживает те свойства и характеристики самого специалиста, которые он не любит в себе. Так, сверхтребовательные клиенты, которые кажутся всегда недовольными собой и окружающими, часто напоминают психотерапевту о его собственной требовательной натуре [Кочюнас Р., 1999]. Наиболее сложные ситуации консультирования и психотерапии подчеркивают «белые пятна» и зоны внутренних конфликтов самого консультанта как профессионала, работа с которыми предполагает внутреннюю (самоконфронтацию) и внешнюю конфронтацию консультанта и клиента.

Обсуждение результатов. В процессе опроса 30 клиентов (не имеющих психических нарушений) и 30 пациентов (имеющих нарушения), а также 60 специалистов в области психотерапии и психологического консультирования (по 30 человек), включавшего несколько кратких вопросов на тему «Что помогает и что мешает в процессе работы со специалистом/клиентом?», было выявлено, что сложные ситуации, выделяемые опрощенными часто связаны с конфронтацией, однако, сама по себе конфронтация не имеет проблемного значения. В ней лишь отражаются сложности консультирования и психотерапии. Для их рассмотрения можно обратиться к условиям эффективной помощи К. Роджерса и его учеников [Роджерс К., 1994, др.] «принятие – эмпатия – конгруэнтность – конкретность». Из данных

предварительного интервью и наблюдений взаимодействий специалистов и клиентов (пациентов) можно сделать вывод, что для разных пар общающихся на первое место в этой взаимосвязанной тетраде для одних выходит конгруэнтность, а для других – безусловное принятие, для третьих – эмпатическое понимание, для третьих – конкретность.

Таблица 1

Трудные ситуации и основные принципы помощи

Наиболее типичные трудные ситуации	Возможные решения (преобразования) трудных ситуаций
Конфронтация и принятие	
участник раскрывается в начале, раздражение и недовольство других участников, непринятие выступает как норма, которая тормозит раскрытие других участников	участник раскрывается на продвинутых стадиях, отсутствует раздражение и недовольство других участников, принятие как норма, которая помогает раскрытию других
«задавить клиента», непринятие одного и принятие другого	поддержка консультантом клиента, принятие, поддержка участника в конфронтации – избегающего давления на других
не использование – неполная реализация клиентом и консультантом своих возможностей и отсутствие осознания ограничений	использование клиентом и консультантом своих возможностей, осознание ограничений
внесения «возмущения» в группу, в контакт с клиентом или избегание «возмущений», их угашение	проработка и осмысление «возмущений» или страха «возмущений»,
Конфронтация и конгруэнтность	
сокрытие или неадекватное –искаженное выражение переживаний консультантом и клиентом, конфронтация избегается и не осмысляется, ситуация скрытой конфронтации	неискаженное и уместное выражение переживаний консультантом и клиентом, ситуация открытой конфронтации, конфронтация прожита и осмыслена

Продолжение табл. 1

Наиболее типичные трудные ситуации	Возможные решения (преобразования) трудных ситуаций
спровоцированность ситуации консультантом/клиентом, невыполнение задания клиентом, игнорирование просьб клиента консультантом	естественность ситуации, доверие к «психотерапевтическому процессу» – выполнение задания клиентом и просьб клиента консультантом
проблемы консультанта (ко-терапевтов), профессиональная некомпетентность, участие «непроработанных», плохих ко-терапевтов, внесение ими неконгруэнтности	отсутствие у ко-терапевтов проблем, профессиональная компетентность, хорошие психотерапевты и ко-терапеты, помощь в достижении конгруэнтности – эталонные участники
неискренние и двойственные послания клиента и консультанта, эпатирующее раскрытие как демонстрация и игра для достижения статуса	чистые, искренние и понятные послания клиента и консультанта, реальная открытость человека с самого начала, не имеющая скрытых аспектов
Конфронтация и понимание	
защита, неосознанное ее использование, трудная ситуация как типичный случай, агрессивное осмысление самораскрытия (непонимание) как опасный прецедент	самораскрытие, отказ от защиты, ее рефлексия, осознании собственной защиты и возникновение ситуации, когда осознанная защита неэффективна, трудная ситуация как особый случай, неагрессивное осмысление самораскрытия (непонимание) как ситуации обучения – шанс научиться слушать
недослушанность и быстрое понимание – стереотипное и агрессивное, игнорирование различий понимания происходящего со стороны участников как людей и как субъектов консультирования,	дослушанность – отсутствие агрессивности и нестереотипность понимания, обнаружение и осмысление различий понимания происходящего со стороны участников как людей и как субъектов консультирования

Окончание табл. 1

Наиболее типичные трудные ситуации	Возможные решения (преобразования) трудных ситуаций
обманчивая сложность игр и манипуляций, страх самораскрытия, его игровая маскировка, поддержка игры, травмирующее взаимодействие	обманчивая простота искренних действий, «игра» клиента или консультанта не поддерживается, поддерживается самораскрытие, возвращение к искренним переживания и общению
ригидный или неустойчивый – малоосознанный стиль поведения человека в психотерапии – в общении со значимыми другими, трудно принять и изменить понимание себя и другого	осознанный стиль поведения человека в психотерапии – в общении со значимыми другими, легко принять и изменить понимание себя и другого
Конфронтация и конкретность	
❑ фатическое общение, беспредметность, многочисленнсоть «подтекстов», избегание прямого общения	❑ значимость темы общения, предметность, конкретность высказываний, отсутствие «подтекстов», прямота
❑ деперсонифицированность, игнорирование клиента как индивидуальности, проецирование и другие нарушения нарушения личностных границ	❑ персонифицированность, соблюдение личностных границ, трасляция значимости (подтверждение) собеседника и его мнения
❑ трансферы, отсутствие обращенности и самопонимания,	❑ обращенность и проработка трансферов, развитие самопонимания
❑ арефлексивность, «механистичность» общения как реализации «защитных» программ	❑ рефлексивность, включенность в общение, его непрерывное осмысление

Поэтому проблемы, выделенные первой группой специалистов, обычно касаются реализации конгруэнтности при конфронтации, а проблемы выделенные второй группой – выражения принятия-поддержки, в том числе в процессе конфронтации, в третьей – проблемы

установления взаимопонимания как эмпатии и конкретности. Общей проблемой является конкретность. Таким образом, сложности консультирования и психотерапии для специалистов связаны с реализацией наиболее значимого для них качества. Для пациентов и клиентов основной, наиболее распространенной сложностью является понимание и конкретность взаимодействия: наличие «поточечного» соответствия смыслового отражения происходящего в их внутреннем и внешнем мире специалистом. Были выделены типичные трудные ситуации и разработаны способы их преобразования.

Что касается возрастных аспектов, то в работе с подростками особенно важной становится проблематика принятия, в работе с юношами – конгруэнтность: они выступают не только как внутренние условия эффективности помощи, но и как «идеальные модели» адекватного задачам возрастного кризиса ролевого поведения.

Выводы. Трудные ситуации в работе с подростками и юношами, имеющими психические нарушения, также как и с молодыми людьми, не имеющими их, связаны с четырьмя основными аспектами: соблюдением принципов принятия, понимания, конгруэнтности и конкретности. Ведущим условие продуктивности и эффективности помощи является наличие взаимопонимания, внутренний и внешний запрос на которое усиливается особенностями возрастных кризисов подростничества и юности.

Список литературы

1. Кейсмент П. Обучаясь у пациента. Воронеж: Модек, 1995. – 256 с.

2. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999. – 240 с.

3. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.

Психоэмоциональные изменения у подростков с компьютерной зависимостью

Узбекистан, г. Ташкент,
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии,
медицинской психологии и психотерапии

Введение. Всемирная информационная сеть создала «виртуальный мир», который овладевает умами многих молодых людей, формируя зависимость намного сильнее наркотической. Зависимость от компьютерных игр – форма психологической зависимости, проявляющаяся в навязчивом увлечении компьютерными играми. Анализ научной литературы показывает, что наиболее уязвимой группой населения при формировании компьютерной зависимости, как одного из видов нехимической аддикции, являются подростки. По данным Американской академии педиатров зависимость отмечается у каждого десятого ребёнка. [2] Наибольшую опасность представляют собой ролевые игры, поскольку сама механика игры состоит во «вхождении» человека в игру, интеграции с компьютером, потере индивидуальности и отождествлении себя с компьютерным персонажем. Уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением. Игрок полностью погружается в игру и виртуально реализует большую часть существующих потребностей. [1] Бесконтрольная игровая компьютерная деятельность сопровождается повышенной раздражительностью, склонностью к противоправным действиям, враждебным восприятием окружающего мира. Компьютерные игры способствуют формированию донозологических состояний у подростков. [3] В связи с этим целью нашего исследования было изучение особенностей психоэмоциональных расстройств у подростков с зависимостью от ролевых компьютерных игр.

Материалы и методы. В ходе работы было протестировано 40 посетителей интернет-клубов города Ташкента в возрасте от 12 до 19 лет, играющих в ролевые компьютерные игры; специально разработанная анкета, содержала перечень вопросов, для выявления стадии психологической зависимости от компьютерной игры, для выявления эмоциональных расстройств применялась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). Первое тестирование по шкале HADS проводилось

после окончания игры, повторное тестирование через день после последнего сеанса игры.

Результаты и обсуждения. Основную массу опрошенных 90 % составили мальчики. 60 % увлеклись компьютерными играми в возрасте 12 лет, 25 % опрошенных – в 14–15 лет, и лишь 15 % подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16 лет. В ролевые компьютерные игры «от первого лица» играло 80 % опрошенных, остальные 20 % играли в ролевые компьютерные игры «от третьего лица». Ролевые компьютерные игры «от первого лица» характеризуются глубоким вхождением в игру, полной идентификацией с героем, потерей связи с реальной обстановкой и переходом в виртуальный мир, высокой мотивацией игровой деятельности и выраженной эмоциональной зависимостью. Компьютерные игры «от третьего лица» вызывают меньший интерес у игроков, в связи с отсутствием выраженного погружения в виртуальный мир, слабой идентификации с героем, низкой мотивационной включенностью. Мальчики играли преимущественно в ролевые компьютерные игры «от первого лица», которые оказывали наибольшее влияние на психику подростков. Потребность в этой форме игры опрошенные объясняли желанием уйти от реальности и потребностью в принятии более значимой социальной роли. У 10 опрошенных (25 %) выявлена социализированная форма зависимости. Эти подростки всегда играют с другими, мотивация игры носит соревновательный характер, в отсутствии компании в другие игры не играют, неудовлетворенность испытывают в случае проигрыша команды. 75 % опрошенных имеют индивидуализированную форму зависимости, всегда играют в одиночку, потребность в игре высокая, в отсутствии игры испытывают неудовлетворенность, негативные эмоции, тревогу.

Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с формой и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. Так у лиц с социализированной формой зависимости в 25 % случаев выявлена стадия легкой увлеченности компьютерными играми, в 75 % случаев – стадия увлечения. У подростков с этой формой зависимости эмоциональные расстройства выявлены у 4 опрошенных (40 %), эти лица отличались длительным игровым стажем. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у лиц со второй стадией зависимости от компьютерных игр. У подростков с первой стадией зависимости отмечалось снижение настроения и появление чувства вины в случае проигрыша команды, при повторном тестировании по шкале HADS отмечалось наличие субклинически выраженной тревоги. При второй стадии зависимости

вне игры подростки жаловались на скуку, снижение настроения, подавленность, в случае появления возможности провести командную игру отмечалась эйфория, усиление воображения, повышение настроения, фантазии об игре. У лиц со второй стадией зависимости повторное тестирование показало сохранение субклинически выраженной тревоги и депрессии.

У лиц с индивидуализированной формой зависимости в 100 % случаев выявлены эмоциональные расстройства. В соответствии со стадией зависимости меняется выраженность эмоциональных расстройств. При индивидуализированной форме зависимости у лиц с первой стадией (30 % опрошенных) эмоциональных расстройств при первом и втором тестировании выявлено не было. По шкале HADS определялась «норма» – отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии. У 18 подростков была выявлена стадия увлечения от компьютерных игр, в 83 % случаев по шкале HADS в первом тестировании определялась субклинически выраженная тревога, в 27 % случаев выявлена субклинически выраженная депрессия. Эти подростки испытывали чувство тревоги из-за отсутствия возможности проводить время за компьютерными играми, при появлении такой возможности уровень тревоги значительно снижался. Подростки на протяжении длительного времени после прекращения игры постоянно возвращались в беседе к игровой ситуации, переживали из-за того что не смогли закончить игру так как хотели. Для подростков из этой группы характерным были уходы из дома, негативное отношение к окружающим и их попыткам прервать пребывание за компьютером, психоэмоциональное напряжение при отсутствии возможности проводить время за компьютером. В общении любимой темой становиться обсуждение компьютерной игры, фантазирование о герое игры, мечты о пребывании за компьютером. Повторное тестирование изменение уровня депрессивных расстройств не выявило, эти подростки связывали свое состояние с постоянными конфликтами с родителями, с их непониманием и завышенными требованиями к учебе. У 3 подростков была выявлена третья стадия зависимости от компьютерных игр. В этой группе при первом и втором тестировании по шкале HADS выявлена клинически выраженная тревога и депрессия. Эти подростки плохо контролируют себя, становятся эмоционально неустойчивым, снижается критика к поведению, в случае прерывания игры отмечается агрессивность, грубость. Для обследуемых лиц, из группы с третьей стадией зависимости, характерными были частые уходы из дома, рассеяность, отмечалось наличие импульсивности в поведении, склонность ко лжи, нарушение поведения,

резкая смена эмоций в их крайнем проявлении, нежелание учиться, отсутствие полноценного сна, некоторые подростки отмечали наличие сновидений со сценами из компьютерных игр, навязчивые мысли об игре. У этих подростков отсутствовал эмоциональный и поведенческий самоконтроль. В ряде случаев у подростков с индивидуализированной формой зависимости отмечалась, безразличие ко всему, что не касается его увлечения, пропуски уроков, снижение успеваемости, сужение круга социальных контактов.

Выводы. Таким образом, психоэмоциональные расстройства являются ведущими в клинической картине зависимости и усиливаются по мере развития компьютерной аддикции, приводят к уязвимости в развитии эмоциональной саморегуляции, неспособности справляться со стрессовыми ситуациями, формированию выраженных депрессивных расстройств и социальной дезадаптации.

Список литературы

1. Гурьева Л. П. Психологические последствия компьютеризации: функциональный, онтогенетический и исторический аспекты // Вопр. психологии. – 1993. – № 3. – С. 5–16.

2. Ernes C. E. Is Mr. Pac Man eating our children? A review of the effect of video games on children // Can. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 42, N 4. – P. 409–414.

3. Deckel A. W., Hesselbrock V, Baner L. Antisocial personality disorder, childhood delinquency, and frontal brain functioning: EEG, and neuropsychological findings // J. Clin. Psychol. – 1996. – Vol. 52, N 6. – P. 639–650.

Банников Г.С., Вихристюк О.В., Гаязова Л.А., Павлова Т.С., Кошкин К.А.

Профилактика суицидального поведения у подростков в работе Центра экстренной психологической помощи МГППУ

г. Москва, ФГБУ Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ, Московский Городской Психолого-Педагогический Университет

Актуальность: По данным ВОЗ (2014) среди причин смерти молодых людей (в возрасте 15–29 лет) в мировом масштабе самоубийства занимают второе место. В мае 2013 г. на Всемирной ассамблеи

здравоохранения был утвержден первый в истории План действий в области психического здоровья, где задача предотвращения самоубийств является неотъемлемой его частью. Поставлена цель снизить к 2020 г. частоту самоубийств в странах на 10 %. Учебные заведения – наиболее важные площадки для продвижения здоровья и превентивного вмешательства в суицидальные действия молодежи (WHO, 2004). За период (сентябрь 2014 – август 2015 гг.) обучающиеся в образовательных организациях, подведомственных Департаменту образования города Москвы, совершили 19 завершенных суицидов и 6 суицидальных попыток (по данным Центра экстренной психологической помощи (ЦЭПП) ГБОУ ВПО МГППУ).

Первичная профилактика суицидального поведения

1. Разработан инструмент для скрининга признаков социально-психологической дезадаптации обучающихся, включая депрессивные реакции, переживания безнадежности, одиночества, агрессивных реакций, а также характерологических заострений (пограничного и нарциссического типа), степень сплоченности семьи.

Результаты: обследовано 950 обучающихся старших классов школ Северо-Западного округа г. Москвы. Средний возраст составил 15,5 лет. Обследовано 350 подростков г. Москвы. Средний возраст составил 16,7 лет. По результатам скрининга была выявлена группа риска из 85 несовершеннолетних. Все они были включены в индивидуальные программы обследования на втором этапе исследования.

2. Методическая поддержка и обучение, программы повышения квалификации для школьных психологов «Психологическая помощь в кризисной ситуации», «Психологические основы профилактики и коррекции аутодеструктивного (суицидального) поведения у подростков». Через программу проведены все психологи системы образования г. Москвы. Разработана «дорожная карта» для системы образования, включающая в себя список организаций, обеспечивающих первичную, вторичную и третичную профилактику суицидального поведения несовершеннолетних.

3. Разработаны и введены в практику программы групповых занятий с обучающимися, направленные на профилактику антивитальных переживаний.

Проблемы организации первичной профилактики

- Организация первичной профилактики должна базироваться на единой модели развития суицидального поведения. Медицинская модель часто не отвечает на вопрос о механизмах развития суицидального поведения.

- Доступ населения к услугам здравоохранения, центрам, занимающихся оказанием кризисной психологической помощи существенно снизился.
- Практически нет доступной, профессионально подготовленной литературы для учителей, родителей, подростков.

I. Вторичная профилактика, или интервенция – это поддержка лиц, переживающих кризисы, ориентирована на решение актуальных проблем подростка. Основная цель вторичной профилактики – помочь человеку с выявленными суицидальными намерениями найти выход из сложившейся ситуации и стабилизировать психологическое состояние. На этапе вторичной профилактики: обследовано 85 подростков в образовательных организациях, вошедших в группу риска по результатам скрининга и 60 подростков с суицидальными тенденциями наблюдающихся амбулаторно.

Из 85 обследованных подростков у 35 выявлены актуальные признаки социально-психологической дезадаптации. Из них клинически были выделены 2 группы подростков с риском развития суицидального поведения.

● Подростки с тревожно-депрессивным состоянием. Преимущественно девочки. Средний возраст 14,5 лет. Длительность состояния от нескольких месяцев до года. Преобладание тоскливого аффекта, идей вины и наказания себя, антивитальных переживаний, иногда доходящих до уровня суицидальных намерений. Причины декомпенсации: актуализация суицидальных идей в ситуациях несправедливости. Собственные интересы – недооцениваются. Скрытные, о своих переживаниях никому не говорили. Свое состояние расценивают как «рациональное мировоззрение». Находясь длительно в тревожно-депрессивном состоянии, ни к кому из близких не обращаются за помощью, свои переживания выражают косвенным образом через письма ближним или ведение дневника (в том числе посредством Интернета). Суицидальное поведение может формироваться длительно, но реализоваться внезапно для всех окружающих.

● Подростки с тревожно-дисфорическими реакциями у акцентуированных по пограничному и нарциссическому типу личностей. В равных пропорциях мальчики и девочки. В клинической картине наблюдался устойчивый сниженный фон настроения с преобладанием дисфории, обвинений окружающих. Причины декомпенсации – отвержение, невозможность достигнуть поставленной цели. Низкий уровень интеграции эмоций – негативные аффекты могут переполнять

подростка и становиться невыносимыми настолько, что вызывают импульсивное поведение. Чувство самоценности – очень хрупкое, даже в ситуациях незначительных ран или различий между собственными и чужими желаниями. Собственные интересы – переоцениваются и зачастую не вполне понятны для других.

Проблемы организации вторичной профилактики
в образовательных учреждениях:

- Нежелание родителей признавать проблемы подростка, страх перед разговором с ним.
- Невозможность обратиться к школе за помощью в следствии утраты доверия к ней.
- Страх перед стигматизацией в результате обращения к специалистам психиатрам.
- Нежелание родителей в проведении мероприятий, направленных на выявление и профилактику суицидального поведения.
- Перенос ответственности за развитие суицидального поведения с семьи на школу.

II. Третичная профилактика суицидального поведения

Сотрудники Центра экстренной психологической помощи (ЦЭПП) МГППУ в период с 01 сентября 2014 г. по 31 августа 2015г. выезжали в 41 образовательную организацию г. Москвы с целью оказания комплекса мер экстренной и кризисной психологической помощи в связи с гибелью (несчастные случаи, суициды), незавершенными суицидами учащихся и другими кризисными ситуациями.

Основной целью оказания комплекса мер экстренной и кризисной психологической помощи стало: снижение интенсивности острых стрессовых реакций у субъектов образовательной среды (обучающиеся, их родители/близкие, педагоги, администрация образовательных организаций), пострадавших в кризисных, чрезвычайных ситуациях, стабилизация их актуального психического состояния; а также профилактика возникновения у пострадавших отдаленных психических последствий в результате воздействия травмирующего события.

Основными формами работы стали:

1. Диагностика (первичная оценка ситуации, психодиагностика и выявление кризисных состояний, выявление группы риска, прогнозирование развития кризисных ситуаций или состояний).

2. Оказание экстренной психологической помощи (психологическое сопровождение: психологическая поддержка, психологическая

интервенция, информирование, предупреждение возникновения отсроченных неблагоприятных реакций, предупреждение распространения эмоционального заражения).

3. Оказание кризисной психологической помощи (консультирование (1–3 встречи), краткосрочная кризисная психологическая помощь (до 10 встреч)).

4. Разработка программ оказания экстренной, кризисной, пролонгированной психологической помощи.

5. Супервизия сложных случаев (сотрудников образовательных учреждений, оказывающих экстренную и кризисную психологическую помощь).

6. Психологическая профилактика и просвещение (реализация обучающих мероприятий, разработка методических рекомендаций, памяток; составление антикризисного плана образовательного учреждения).

Всего за отчетный период было проведено:

● 284 индивидуальных консультации для 284 субъектов образовательной среды (обучающиеся, их родители, педагоги);

● 196 групповых консультаций для 2953 человек переживающих горе, потерю и другие кризисные состояния, обратившихся за психологической помощью:

Проблемы организации и проведения третичной профилактики суицидального поведения:

- Родители детей с суицидальными попытками после соматического стационара не обращаются за помощью к врачам психотерапевтам.
- После выписки из психиатрического стационара часто отсутствует этап психологического сопровождения, реабилитации, который должен осуществляться на местах.
- Невнимательное или предвзятое отношение школы к детям после суицидальной попытки, как в силу незнания о ней, так и страхом перед его повторением и своей ответственности.

Общие проблемы, сложности работы:

● Отсутствие внутриведомственного регламента и межведомственных договоренностей по оперативному оповещению о кризисной ситуации.

● Недостаток квалификации школьных психологов в части касающейся основ оказания кризисной психологической помощи, выявления и профилактики суицидального поведения, антивитальных настроений подростков.

● Ослаблен кадровый ресурс окружных антикризисных подразделений центров психолого-медико-социального сопровождения.

● Отсутствие единой/типовой программы профилактики суицидального поведения, антивитальных настроений подростков. Отсутствие мониторинга ведущихся профилактических программ.

● Необращение родителей за психиатрической помощью для несовершеннолетних в ситуациях высокого суицидального риска.

Предложения:

1. Создание межведомственной рабочей группы для: координации профилактической работы; разработки унифицированной программы профилактики суицидальных рисков; разработки межведомственного алгоритма по сопровождению детей группы риска.

2. Поддержка и проведение междисциплинарных научно-практических мероприятий и исследований по проблеме.

3. Укрепление медико-психолого-педагогических ресурсов по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних.

Бартош Т.П.

Акцентуации характера у подростков 13 лет с алекситимическим радикалом в структуре личности

г. Магадан, Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН

В настоящее время проблема психического здоровья подростков выражается в значительной распространенности психопатологических нарушений и преморбидных психических отклонений [1]. Такие два психологических феномена, как акцентуации характера и алекситимия в структуре личности, развиваются в подростковом возрасте и в системе других факторов риска могут служить преморбидным фоном развития пограничных психических расстройств, развития аддикции, соматических и психосоциальных проявлений неблагополучия [3]. В этой связи, Цель нашего исследования – изучение особенностей акцентуаций характера у 13-летних подростков обоего пола в зависимости от уровня алекситимии.

Материал и методы. Всего было обследовано 150 подростков обоего пола (81 мальчик и 69 девочек) гимназий № 1 и № 13 г. родившихся и проживающих в г. Магадане, средний возраст 13±0,08 лет. Для оценки

алекситимии использовали адаптированную в Психоневрологическом институте имени В.М. Бехтерева шкалу Торонто (TAS-26). В ходе исследования школьники были разделены на 3 группы в соответствии с показателем выраженности алекситимии: 1 группа – алекситимический тип личности – 74 балла и выше (44 подростка: 19 девочек и 25 мальчиков); 2 группа – 63–73 балла – переходный тип (56 подростков: 29 девочек и 27 мальчиков); 3 группа – неалекситимический тип личности – 62 балла и ниже (51 подросток: 23 девочки и 28 мальчиков). Для определения типов акцентуаций характера применялся характерологический опросник К. Леонгарда – Г. Смишека. Опросник содержит 88 вопросов по 10 шкалам, диагностирующих типы акцентуаций. Если набрано 18 и более баллов, черта считалась акцентуированной. Обработка полученных данных проводилась стандартными методами с помощью программы «Statistica for Windows 6.0» Для оценки степени связи между исследованными показателями использовались коэффициенты корреляции Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных показал наличие алекситимического радикала у 29 % обследуемых школьников обоего пола (у 13 % девочек и 16 % мальчиков). Определение акцентуаций характера в обследуемой выборке девочек показало, что девочки 1-й и 2-й групп, в отличие от сверстниц без алекситимического радикала, имеют в среднем, статистически значимый ($p<0,05$), менее выраженный, гипертимный, застревающий и демонстративный тип акцентуаций характера. Такие черты, как подвижность, активность, неусидчивость, жизнерадостность, оптимизм, самоуверенность, демонстративное поведение для них не характерны, в то же время они менее обидчивы и подозрительны. Одновременно, девочки с алекситимическим радикалом в структуре личности, в отличие от сверстниц 2-й и 3-й групп, имеют более выраженные ($p<0,05$) дистимичные и тревожные черты, т.е. диагностируется немногословность, молчаливость, некоторая заторможенность в протекании психических актов, заниженная самооценка, робость, неуверенность в себе. У мальчиков 1-й и 2-й групп также, как у девочек аналогичных групп, более выражен ($p<0,05$), чем у сверстников 3-й группы, дистимичный и значительно слабее ($p<0,05$) гипертимный тип акцентуаций. Им в большей степени, чем сверстникам, присущи черты экзальтированного типа ($p<0,05$). Эти мальчики обладают лабильностью психики, ориентированы на неудачи, подвержены сиюминутному настроению, которое чаще пониженное и пессимистичное. Мальчики с алекситимическим радикалом, по сравнению со сверстниками переходного типа, имеют

более выраженные черты застревающего и педантичного характеров ($p<0,05$). Главной чертой этих типов акцентуаций является застревание аффекта, склонность подолгу фиксироваться на неотреагированных чувствах обиды, вины, а также свойственна ригидность нервных процессов, аккуратность, нерешительность, совестливость. Причем, только у 1-й группы мальчиков выявлена положительная корреляционная связь между застревающим и педантичным типом акцентуаций ($r=0,57$, $p<0,05$). Ранее нами было показано, что у подростков показатель алекситимии положительно связан с показателем психической ригидности, что мы и можем наблюдать у обследуемых подростков. В работе Жилиной было показано [2], что у юношей вклад в общую вариативность акцентуаций характера обусловлен средовыми воздействиями, у девушек – генетически детерминирован. Возможно, у мальчиков-алекситимиков при воздействии неблагоприятных факторов черты застревающего и педантичного типов характера будут заостряться и служить одним из факторов нарушения адаптации.

Корреляционный анализ данных в выборке мальчиков показал наличие положительной связи показателя алекситимии с дистимичным ($r=0,31$, $p<0,05$) и экзальтированным ($r=0,22$, $p<0,05$) типами акцентуаций. Среди девочек положительная корреляционная связь этого показателя также была с дистимичным типом, а отрицательная с гипертимным ($r=-0,44$, $p<0,05$) и застревающим ($-0,31$, $p<0,05$). С нарастанием алекситимического признака у девочек увеличиваются переживания и опасения, ориентированность на неудачи, снижается общительность, оптимистичность, стремление к лидерству. В то же время маловероятными становятся подозрительность и болезненная обидчивость. Таким образом, акцентуации характера подростков в сочетании с алекситимическим радикалом в структуре личности подростков могут являться взаимодополняющими факторами уязвимости, фоном для формирования личностных, поведенческих и психосоматических расстройств.

Выводы

1. Среднегрупповые различия 13-летних подростков обоего пола с алекситимическим радикалом по сравнению со сверстниками – неалекситимиками, проживающих в г. Магадане, имеют достоверно более выраженные черты дистимического и менее гипертимного типа характера.

2. Установлены гендерные различия в выраженности акцентуаций характера у подростков с алекситимическим радикалом, в отличие от сверстников-неалекситмиков своего пола. У девочек достоверно значимо преобладают черты тревожного, менее выражены черты

гипертимного, застревающего, демонстративного типов характеров. Мальчики-алекситимики, по сравнению со сверстниками-неалекситимиками, чаще проявляют черты экзальтированного, застревающего и педантичного типов характера.

Список литературы

1. Агарков А.А. Факторы риска психических расстройств у подростков допризывного и призывного возрастов / А.А. Агарков, Т.Ф. Скороходова, Т.В. Погорелова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 61–64.

2. Жилина Е.В. Генотипические и средовые детерминанты акцентуаций характера // Известия РГПУ им. А.И. Герцена: Аспирантские тетради. – СПб., 2008. – № 26 (60). – С. 369–377.

3. Нартова-Бочавер С.К. Уровень алекситимии как индикатор психологической устойчивости студентов технических и гуманитарных вузов / С.К. Нартова-Бочавер, А.В. Потапова // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 3. – С. 11–16.

Бархатова А.Н.

О роли синдрома дефицита в структуре ремиссий начального этапа юношеского эндогенного приступообразного психоза

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Проблема изучения начальных неманифестных этапов эндогенного приступообразного психоза, в частности ремиссий представляет собой одну из важных теоретических и практических проблем клинической медицины. Обозначенные, как особый период течения болезни, эти этапы несут в себе клиническую информацию, позволяющую трактовать психопатологические проявления с позиции выявления наиболее прогностически емкого признака. Анализ публикаций последних лет подтверждает, что одной из активно обсуждаемых тем остается проблема поиска предикторов прогноза эндогенного заболевания, выявление тенденций в отношении качества клинического и социального прогноза [Тиганов А.С., 2015; Коцубинский А.П., 2015; Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Kane, J.M. et al. 2008; Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. 2014].

Целью настоящего исследования было установление вероятностных прогностических соотношений между дефицитарными расстройствами и особенностями клинического варианта ремиссии на начальных этапах юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП).

Материалы: 204 пациента, мужского пола, заболевшие в период юношеского возраста (18–24 года), обследованные на этапе ремиссии при верифицированной длительности заболевания не превышающей 5 лет. Нозологическая квалификация осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10 с привлечением критериев современной отечественной классификации.

Методы: клинико-психопатологический; клинико-динамический; формализованной оценки (PANSS, негативная субшкала), статистическая обработка по критериям Пирсона и Стьюдента.

Результаты: был сформулирован ряд психопатологических пропозиционных переменных, принимающих значения облигатных признаков в период формирования ремиссии, и в этих условиях приводящих к формированию определенных типологических разновидностей ремиссии. В качестве наиболее значимых были определены: психопатологическая структура и уровень психических нарушений; качество и выраженность степени соучастия негативного симптомокомплекса. В зависимости от степени соучастия обозначенных пропозиционных переменных в клинической картине ремиссии оказалось возможным выделение ряда типологических разновидностей.

Ремиссии с участием дефицитарной симптоматики, реализующейся в условии присутствия переходных синдромов (астенический, аффективный, деперсонализационный) формировались у лиц, заболевших в юношеском возрасте при длительности процесса в 2,32±0,4 года. За это время пациенты перенесли – 1,76±0,18 приступов, а глубина развившейся негативной симптоматики составила 27,9±1,05 баллов по шкале PANSS. Клинически ремиссии были отнесены к ремиссиям типа астенической шизодизации или тимопатической. Анализ динамики становления данного варианта показал, что он развивался преимущественно после приступов аффективно-бредовой структуры ($\chi^2 = 39,7$), а суммарная длительность ремиссии составила ее длительность составила 2,21±0,2 года.

Ремиссии с соучастием дефицитарных синдромов без участия продуктивных симптомов был характерен тип ремиссии в виде нажитой циклотимии, дистимии, по типу диспсихофобии моральной ипохондрии. Продолжительность заболевания составляла 3,46±0,19 года,

глубина возникшей негативной симптоматики составляла 30,8±0,84 балла. Анализ динамики становления данного варианта показал, что он возникает после приступов, среди которых чаще встречаются галлюцинатроно-бредовые ($\chi^2 = 2,79$). Для варианта обозначенного как ремиссии с соучастием продуктивных расстройств были отмечены ремиссии с резидуальным бредом; галлюцинаторными расстройствами по типу «носителей голосов», дискинетические. Данный тип характеризовался большей длительностью заболевания в 4,23±0,49 лет (t = 2,l), за это время пациенты переносили 2,07±0,18 приступов, а глубина развившейся негативной симптоматики составляла 35,4±1,08 баллов по PANSS. Анализ динамики показал, что он формируется при процессе, протекающем с приступами преимущественно кататоно-галлюцинаторной ($\chi^2 = 4,1$) и галлюцинаторно-параноидной структуры ($\chi^2 = 5,1$). Для ремиссий протекающих с доминированием проявлений изменения личности – психастенические ремиссии с изменениями по типу зависимых; ремиссии с регрессивной синтонностью, ремиссии по типу «новой» [Mayer-Gross W., 1920], «второй» [Vie J., 1935] жизни, при длительности заболевания 4,4±0,62 года, было характерно формирование после 2,64±0,13 приступов. Средний балл по шкале PANSS составил 27,3±0,73, анализ динамики показал, что он формируется в результате процесса, протекающего с приступами преимущественно аффективно-бредовой структуры ($\chi^2 = 4,0$). Ремиссии с преобладанием проявлений снижения энергетического потенциала развивались при начале заболевания в юношеском возрасте, при длительности заболевания в 2,23±0,49 лет (t = 2,l) в рамках широкого диапазона ремиссий от «стенической шизодизации» и типа Verschrobene до апато-адинамического типа. За это время пациенты переносили 1,67±0,48 приступов, а глубина развившейся негативной симптоматики составляла 29,6±1,08 баллов по шкале PANSS. Анализ динамики указывает на то, что они формируются преимущественно после приступов галлюцинаторно-параноидной ($\chi^2 = 4,82$), кататоно-паранодной структуры ($\chi^2 = 6,1$). Ремиссии в рамках «астенической шизодизации» и ремиссии по типу «астенической шизодизации» в отличие от предыдущего варианта, формировались у лиц, заболевших в раннем подростковом возрасте, при длительности заболевания в 4,6±0,98 лет, за время которого пациенты перенесли 3,23±0,26 приступов, а глубина развившейся негативной симптоматики составила 38,31±1,68 балла по PANSS. Анализ динамики показал, что он формируется в результате процесса, при котором первые два приступа были преимущественно галлюцинаторно-бредовыми ($\chi^2 = 12,1$), а последующие редуцированными аффективно-бредовыми ($\chi^2 = 8,6$).

Ремиссии с ведущим участием снижения энергетического потенциала формируется в рамках клинических форм ремиссий – с эмоционально-волевым обеднением и ремиссии по типу РЭП у лиц, заболевших в подростковом возрасте, при длительности заболевания в 4,73±0,72 лет. За это время пациенты перенесли в среднем 3,22±0,36 приступов. При этом степень выраженности развившейся негативной симптоматики отличалась большей глубиной (t = 3,48) и составила 39,72±1,04 балла. Анализ динамики показал, что он формируется в результате процесса, при котором структура первых трёх приступов была как аффективно-бредовой, так и галлюцинаторно-параноидной ($\chi^2 = 22,2$). При этом была выявлена значительная тенденция к увеличению продолжительности от второй ремиссии к третьей ($\chi^2 = 21,4$).

Заключение. Полученные данные о клинико-психопатологических особенностях ремиссий с дефицитарными расстройствами на начальном этапе юношеского эндогенного психоза представляется отражающими процессуальные и функциональные нарушения, что делает их приемлемыми для определения факторов, определяющих основные тенденции реализации эндогенного процесса.

Белоусов П.В.

О роли психосоматических заболеваний в формировании нарушения адаптации и суицидального поведения у лиц 18–24 лет

г. Москва, ПНД № 1

Цель исследования. Установить возможные причины дезадаптации и суицидального поведения у лиц 18–24 лет.

Материалы и методы исследования. Обследованы 136 пациентов разных возрастов, составивших три группы: I) суициденты с соматической патологией (87); II) суициденты без соматических заболеваний (24); III) пациенты с соматическими заболеваниями без суицидальных тенденций (25). Пациенты I группы имели соматические заболевания, находившиеся в стадии ремиссии. Пациенты II группы не страдали соматическими заболеваниями. Пациенты III группы имели соматическую патологию в стадии обострения и не имели выраженных психических расстройств. В ходе исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-соматический и клинико-статистический методы.

Распределение обследованных пациентов по группам

	Суициденты с соматической патологией	Суициденты без сомат. заболеваний	Пациенты с соматической патологией	Итого
Возрастная группа 18–24 лет	23 – 26,43 %	8 – 33,33 %	4 – 16 %	35 – 25,74 %

Возраст начала заболевания у всех пациентов I–III групп

Начало заболевания	Суициденты с соматической патологией (I)	Суициденты без соматики (II)	Пациенты с соматической патологией (III)
До 18 лет	32 – 36,78 %	0	3 – 12 %
18–24 лет	7 – 8,04 %	0	1 – 4 %

В возрастной группе (18–24 лет) среди суицидентов с соматической патологией преобладали мужчины (14,94 % – p = 0,0422). В других сравниваемых группах мужчины отсутствовали. В этой же возрастной группе среди суицидентов без соматической патологии женщин было статистически достоверно больше (33 % – p = 0,0455), чем среди соматических больных с суицидальными проявлениями (11,49 % – p = 0,0455) и несколько больше, чем среди соматических больных с суицидальными проявлениями.

Результаты исследования и их обсуждение. 1) Начало психосоматического заболевания у суицидентов с соматической патологией, как правило, приходится на молодой возраст. Особенно часто хроническое психосоматическое заболевание дебютирует в возрасте до 18-ти лет. Раннее начало хронически протекающего психосоматического заболевания, вероятно, определяет то, что именно этой группе больных в дальнейшем свойственна более низкая адаптация и более высокая суицидальная активность.

2) Раннее начало психосоматического заболевания приходится на изначально дисгармоничный тип личности. Попадая на период формирования личности (т.е. примерно до 24-х лет), психосоматическое заболевание усиливает ее дисгармонию. Адаптационные возможности личности еще более снижаются. Это соответствуето данным о том, что

в структуре психосоматического развития в условиях длительных психотравмирующих обстоятельств или повторяющихся психогений, параллельно медленным изменениям невротического и характерологического круга происходят первичные нейрогенные изменения со стороны внутренних органов или систем [*Лакосина Н.Д.* Клинические варианты невротического развития: Дисс. ... доктора мед. наук. М., 1967; *Ушаков Г.К.* Детская психиатрия. М., 1973. 391 с.; *Он же.* Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд. М., 1987. 304 с.].

3) Преобладание мужчин в группе суицидентов с соматическими заболеваниями может свидетельствовать о большей значимости для них соматической патологии в формировании суицидального поведения. Само наличие хронически протекающего психосоматического заболевания является фактором риска совершения суицидальной попытки для мужчин молодого.

4) Все суициденты с соматическими заболеваниями на момент обследования находились в состоянии ремиссии соматического заболевания. По данным Н.И. Косенкова, у больных психосоматическими заболеваниями наблюдается психопатоподобное поведение, выраженное в период ремиссии [*Косенков Н.И.* Физиологические механизмы психологической адаптации при психосоматической патологии: Дисс. ... д-ра мед. наук. СПб., 1997. С. 234].

5) Полученные нами результаты исследования согласуются с данными психологической аутопсии, приведенными D.Shaffer et all. (1990) и показавшими, что диагноз «расстройство поведения» является специфическим предиктором самоубийства среди мужчин [*Shaffer D., Vieland V., Garlar.d A. et al.* // J. Am. Med. Association. 1990. Vol. 264. P. 3151–3155]

Боев И.В., Михитаров С. М.

Конституциональная изменчивость подростков с шизоидной структурой психотипа

г. Ставрополь, ГБОУ ВПО
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

Всегда возникает вопрос – почему в одинаковых условиях среды жизнедеятельности у одних подростков формируется криминальный, у других – девиантный, а у третьих – социально-адекватный стереотип поведения.

Цель исследования. Дифференцировать подростков с шизоидной структурой психотипа в зависимости от степени выраженности криминального или девиантного стереотипа поведения.

Материалы и методы. В клинико-психологическом исследовании приняли участие 256 подростков с криминальным и дивиантным стереотипами поведения в возрасте 14–16 лет. Из исследования были исключены подростки с признаками эндогенеза, экзогенеза или смешанные варианты происхождения с аномальными или патологическими проявлениями поведения. Первая группа (основная) включала 144 подростка, находящихся в колонии для особо опасных рецидивистовс устойчивым патологическим криминальным стереотипом поведения. Вторыагруппа (сравнительная) состояла из 112 подростков, проходивших курс лечения в психиатрической больнице с целью коррекции устойчивого аномальногодевиантного стереотипа поведения. Обследованные были дифференцированы в зависимости от структуры личностного психотипа с выделением подгрупп 1Ш (34) и 2Ш (22) – с шизоидной структурой психотипа, которыераспределялись в конституционально-континуальном пространстве личности [И.В. Боев, 1999] в диапазонах пограничной аномальной личности (ПАЛ) и психопатии (личностные расстройства).

Использовались экспериментально-психологические методики, личностные и клинические опросники с последующей обработкой результатов с помощью дискриминантного анализа [С.Ф. Ступак, И.В. Боев, 1978] и с применением критерия χ^2 [К. Браунли, 1979], исходя из гипотезы, что никакого различия между сравниваемыми группами нет.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный психолого-математический дискриминантный анализ двух групп подростков, относящихся к шизоидномупсихотипу, подтверждает существенные различия между сравниваемыми группами. Среднестатистические результаты и их стандартные отклонения, разность средних и вычисленное значение Т при проведении психологических исследований показывают, что 2 группа подростков соответствует границам нижней синусоиды диапазона ПАЛ, а характеристики 1 группы соответствовали диапазону психопатии.

D-квадрат Махаланобиса равен 5.40 условным единицам, Т-квадрат Хотеллинга – 40,35 условным единицам, подтверждая существование достоверных различий между группами. Значительно больший процент ошибок диагностики выявлен во 2 группе – 17,39 %, в 1 группе – 9,09 %, с одной стороны, подтверждая увеличение

ошибок дифференциальной диагностики в 2 группе, соответствующей диапазону психопатии. При этом выявлен промежуточный диапазон между нижней синусоидой ПАЛ и диапазоном психопатии, составляющий 26,48 % испытуемых, что указывает на вероятностный психотипологический дрейф подростков из диапазона ПАЛ в сторону диапазона психопатии в конституционально-континуальном пространстве личности.

Показательно, что у подростков с шизоидным психотипом диапазона ПАЛ с устойчивым девиантным поведением наиболее выражены показатели психопатизации, маскулинизации, эмансипации, делинквентности и конституциональной тревоги, умеренно выражены нейротическая тревожность, невротические нарушения, истерические, астенические и обсессивно-фобические проявления в сочетании с вегетативными нарушениями. Заметны проявления феминизации. Достаточно полиморфная симптоматика, но синергичнаяс невротическим спектром расстройств, что само по себе неблагоприятно и в значительной мере повышает риск формирования психопатии и/или пограничных психических расстройств. Для шизоидного психотипа диапазона психопатии с устойчивым криминальным стереотипом поведением характерно наличие выраженной маскулинизации, психопатизации и умеренно выраженный уровень конституциональной тревоги и невротизации, а также истерического и обсессивно-фобического типа реагирования, отсутствуют проявления феминизации. Психологические показатели диапазона психопатии у подростков отражают взаимопотенцирование и углубление расстройств психопатического спектра.

Обнаружено определенное взаимосочетание патопсихологических маркеров, позволяющее провести дифференциальную диагностику между подростками с шизоидным психотипом, находящимися в воспитательной колонии и клинической психиатрической больнице на высоко достоверном уровне. К взаимосочетаниям маркеров с их удельным весом, вкладом в дискриминацию шизоидного психотипа относятся следующие: склонность к эмансипации – 11.3 % (методика ПДО), показатель мужественности «М» – 26 % (методика ПДО), шкала вегетативных нарушений – 38,2 % (клинический опросник), показатель уровня личностно- конституциональной тревоги – 10 % (методика Тейлора). Указанное взаимосочетание маркеров является ведущим в дифференциальной принадлежности подростков шизоидного психотипа к устойчивому криминальному или к девиантному стереотипам поведения.

Подтверждением предыдущих рассуждений является построение линейной дискриминантой функции в виде уравнения:

$$Y = -0.76533X_1+0.92495X_2+0.27829X_3+0.40694X_4-0.04691X_5-$$
$$-0.40560X_6+ 0.38606X_7+0.04032X_8+0.12072X_9-0.23598X_{10}+$$
$$+0.02032X_{11}-0.29670X_{12}-0.05219X_{13}+0.06055X_{14}+$$
$$+0.37743X_{15}+0.34909X_{16}-0.15221X_{17},$$

где X – значение патопсихологического показателя, полученного в результате стандартного обследования.

Если полученные значения Y будут больше дискриминантного индекса R, то результаты конкретного подростка с шизоидным психотипом будут принадлежать к выборке популяции с устойчивым криминальным стереотипом поведения (1 группа). Если же Y будет меньше значения R, то – к выборке с устойчивым патологическим девиантным стереотипом поведения (2 группа).

Следовательно, диапазон психопатии в конституционально-континуальном пространстве личности для представителей шизоидного психотипа имеет свое месторасположение и свои среднестатистические характеристики, отличаясь от диапазона ПАЛ. В тоже время объективизированнанемалая подгруппа подростков (26,48 %), располагающихся в промежуточном диапазоне между границами нижней синусоидой диапазонов ПАЛ и психопатии, свидетельствуя о конституционально-психотипологическом дрейфе подростков определенной части субпопуляции. На доказательном уровне показана возможность формирования фазного промежуточного диапазона между границами ПАЛ и психопатии, когда конституционально-психотипологические характеристики представителей шизоидного психотипас криминальным стереотипом поведения и с девиантным стереотипом поведения, отличаются друг от друга, подчеркивая различные вероятностные пути формирования аномальной и патологической личностной изменчивости в структуре подростков шизоидного психотипа.

Список литературы

1. Боев И.В. / Пограничная аномальная личность. / Ставрополь, 1999. – 318 с.

2. Ступак, С.Ф., И.В. Боев / ФОРТРАН – программа для дискриминантного анализа. / пер. с М., ВНТИЦ, инв. номер П. 003496, 1979. – 1–9 с.

3. Браунли К.А. Статистическая теория и методология в науке и технике. М.: Наука. 1977. – 408 с.

Васильева А.А., Соколов Д.А.

Возможности выявления особенностей аддиктивного поведения в юношеском возрасте посредством инструментального психофизиологического исследования

г. Москва, НИЦ «Инструментальная психофизиология»

Цель: известно, что различные социальные группы подростков и юношей имеют отличающиеся друг от друга поведенческие паттерны употребления наркотических веществ. Исследовалась возможность объективизации при изучении аддиктивного поведения в конкретной социальной группе, а именно среди молодых людей в возрасте до 25 лет, ориентированных на высокие социальные стандарты, связанными с работой в престижных учреждениях и ведомствах с достаточно строгими подходами к отбору кандидатовили обучением в ВУЗа со сходными правилами профессионального отбора.

Материалы: нами было обследовано 92 человека в возрасте от 17 до 24 лет включительно (83 мужчин – 89,1 %, 9 женщин – 10,9 %) на предмет наличия у них опыта употребления наркотических веществ. Особенностью обследованной группы явилось то, что все указанные лица проходили обследование, претендуя на получение должности в престижных государственных или коммерческих учреждениях, а также поступая в ВУЗы с высоким конкурсом. Эта особенность изначально предполагала отсутствие легкого получения объективной информации со стороны обследуемых при наличии у них отрицательного опыта употребления наркотиков. До нашего обследования все они прошли собеседование с психологом и сотрудником кадрового подразделения, во время которого отрицали какой-либо личный опыт употребления наркотических веществ. Кроме того,им было проведено биохимическое исследование крови на предмет употребления наркотиков, показавшее отрицательные результаты.

Методы: представленное намиисследование являлось инструментальным психофизиологическим обследованием, проведенным с использованием полиграфа «Диана-4». Тема употребления наркотиков была одной из тем в перечне стандартного кадрового обследования с использованием полиграфа (далее – ОИП), включавшего и другие вопросы, актуальные для кадровых служб указанных образовательных и иных учреждений и ведомств, такие как оформление на работу в интересах конкурентов или криминальных групп, совершение правонарушений,

предоставление ложных документов при устройстве на работу и т.п. Значимость темы употребления наркотиков была обусловлена особенностями будущей профессиональной деятельности кандидатов, несовместимой сотдельными проявлениями аддиктивного поведения. В случае выявления факта употребления наркотиков исследование продолжалось с целью выяснения вида употребленных веществ, времени последней пробы и количества проб.

Результаты: по результатам обследования было выявлено следующее: 16 человек (17,4 %) в беседе с полиграфологом признались в употреблении наркотиков на предтестовом этапе, до проведения процедуры тестирования. В процессе работы у 8 из них (8,7 %) подтвердились количественные, видовые и временные показатели проб наркотических препаратов, заявленные в беседе. У 8 из них (8,7 %) по результатам работы выявлены признаки расхождения с заявленным в предтестовой беседы в сторону увеличения количества проб, времени последней пробы или вида препаратов, что они подтвердили во время межтестовых или послетестовых бесед, являющихся частью процедуры ОИП.

Среди лиц, заявивших об отсутствии у них опыта употребления наркотиков – 76 человек (82,6 %), данная информация подтвердилась у 62 из них – 67,4 %. У 14 человек 15,2 % были выявлены реакции на вопросы об употреблении наркотических веществ, что противоречило утверждаемому ранее.

Из 30 человек (32,6 %) с выявленными во время ОИП признаками употребления наркотиков большинство употребляли только производные каннабиноидов 24 человека (26,1 %), у 6 обследованных (6,5 %) были выявлены признаки употребления иных наркотических веществ, как правило относящихся в стимуляторам (амфетамины) или галлюциногенам (курительные смеси и т.п.). Большинство из употреблявших наркотики имели единичные пробы, не более 1–3 раз производных конопли.

Выводы: была изучена возможность получения точных объективных данных об имевшемся опыте употребления наркотиков, как правило изначально отрицающемся или же явно преуменьшаемым. При оценке результатов получены сведения, которые маловероятно было бы получить другими методами (психологическое собеседование и тестирование, кадровое интервьюирование и изучение документов, биохимическое исследование крови). В особенности это касается возможности дифференцированного подхода с уточнением не только факта употребления, но и выявления количественных, временных (период приема, время последней пробы) и качественных (виды употребленных веществ)

показателей. Возможно предположить эффективность указанного метода исследования в отношении не только употребления наркотиков, но и иных форм аддиктивного поведения.

Полученные данные говорят о том, что в изученной группе лиц возможность получения престижной профессии или работы могла являться фактором «сдерживающего поведения» в отношении употребления наркотиков. Общая статистика у данной возрастной группы отличается от полученных нами результатов в сторону значительно более высоких и настораживающих показателей.

Учитывая высокий процент выявления фактов употребления наркотиков с сомнительной возможностью обмана при проведении ОИП со стороны обследуемых, крайне интересен вопрос профилактического влияния на аддиктивное поведение у прошедших отбор кандидатов в дальнейшей их биографии. Это особенно актуально в тех профессиональных сообществах, деятельность которых предполагает ответственность за безопасность жизни и здоровья населения.

Ваулин С.В., Алексеева М.В.

Клинико-психопатологические предпосылки к профилактике суицидального поведения у подростков

г. Смоленск, ГБОУ ВПО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность проблемы суицидального поведения у подростков определяется их распространенностью, склонностью к серийным и групповым суицидальным актам, ростом частоты депрессивных расстройств. Несмотря на серьезность последствий аутоагрессивных проявлений у подростков, до настоящего времени им не оказывается должного внимания и помощи со стороны родителей и педагогов, суицидологических служб. При этом, как правило, совершение суицидальных действий несет в себе желание ребенка обратить внимание взрослых на свои проблемы.

Сложности в решении задач оказания эффективной суицидологической помощи обусловлены существенными различиями в формировании и динамике суицидального поведения у подростков и взрослых, что не позволяет использовать единые принципы диагностики и терапии. Важно принимать во внимание, что подростки находятся в динамично меняющейся окружающей среде, существование в условиях

которой, требует повышенного эмоционального напряжения. Привнесение в жизнь подрастающего поколения образов иноязычных субкультур, нетрадиционных религиозных верований, сектантства, доступность сведений о способах совершения самоубийств, описание переживаний психически нездоровых людей в интернете, сопровождаемое пропагандой культа смерти, однополой любви, малоценности жизни приводит к деформации морально-этических принципов, снижению антисуицидального барьера. Одним из значимых факторов роста суицидальной активности среди подростков в современных условиях является искаженное формирование представлений о смерти, которое связано с социальными, экономическими, техногенными изменениями в обществе.

Подростки с повышенной готовностью подхватывают кажущиеся креативными, «свежими» и неизбитыми навязанные образы, которые становятся патопсихологической основой развития аутоагрессивного, в том числе суицидального поведения.

Целью исследования явилось изучение динамики суицидального поведения у подростков с учетом клинико-социальных характеристик, целей суицидальных действий, характеристик суицидального конфликта значимых для проведения профилактики самоубийств.

По материалам посмертных судебно-психиатрических экспертиз проведен ретроспективный клинико-психопатологический анализ 13 случаев самоубийств подростков в возрасте от 12 до 16 лет совершенных в 2011–2015 годах в Смоленской области. Одновременно проведено клиническое обследование 30 молодых людей в возрасте от 13 до 17 лет, совершивших суицидальные попытки и обратившиеся за психиатрической помощью.

Результаты исследования. Анализ материалов посмертных судебно-психиатрических экспертиз показал, что все подростки, совершившие самоубийства воспитывались в неполных семьях, материальное положение которых было относительно удовлетворительным. Взаимоотношения в этих семьях носили формальный характер, а родительское внимание в основном было обращено на поддержание признаков внешнего благополучия семьи: своевременное возвращение подростка домой, прием пищи, материальное обеспечение. Доверительные отношения подростков с взрослыми членами семьи, как правило, отсутствовали. Родители не контролировали употребление алкоголя детьми и не замечали у них снижение фона настроения.

Большую часть досуга подростки проводили среди друзей на улице или на сайтах социальных сетей, где пытались компенсировать

недостаток своего общения с взрослыми, искали понимания в виртуальном пространстве. Более 70 % погибших подростков регулярно, 3–4 раза в неделю, принимали алкогольсодержащие коктейли. Никому из молодых людей, покончивших с собой, психиатрическая помощь никогда не оказывалась.

Суицидальные конфликты чаще носили интерперсональный или смешанный характер длительностью до 6 месяцев (лишь в одном случае конфликт составил несколько часов).

Анализ мотивов самоубийств у подростков обнаружил тенденцию к их накоплению и сочетанию, что затрудняло определение степени суицидального риска. Характерными комбинациями мотивов для подростков являлись избегание-призыв и протест-призыв. Не типичными оказались мотивы отказа от жизни и мотивы самонаказания.

В пресуицидальном периоде во всех изученных случаях отмечались вербальные и невербальные признаки суицидальных намерений (дарение лично значимых вещей, написание прощальных записок, рисунков, сообщений в социальных сетях, «последние» звонки по сотовому телефону). Каждое третье самоубийство совершалось в состоянии алкогольного опьянения. Погибшие девочки пытались вовлечь в суицидальный акт своих подруг, которые отказывались от суицидальных замыслов в последний момент.

У всех подростков имелись признаки аффективных расстройств легкой и умеренной степени выраженности, которые позволяли в достаточном объеме выполнять свои повседневные обязанности до момента суицида.

Как правило, выбор способа суицида осуществлялся, с использованием информации из Интернета и средств массовой информации: падение с высоты, самоповешение, реже отравление лекарственными средствами.

Исследование показало, что особое внимание следует уделять популярному у молодежи общению в социальных сетях. Касаемо совершенных самоубийств, оно порождало развитие феномена подражания, опасность которого, заключается в непрогнозируемом росте суицидальных актов в результате копирования. Распространение информации о суициде подростка вызывало в виртуальном пространстве эффект «неконтролируемой цепной реакции».

Так, после случаев падения с высоты девочек из районного города с интервалом в 2 месяца, подростки стали выкладывать в социальной сети свои фотографии на крышах. Как правило, подражавшие суицидентам, не были знакомы с ними. Один из подростков, знавших

погибших девочек, создал в сети отдельную группу, посвященную погибшим. Посещения страницы с положительными отзывами о суициде были столь многочисленны, что модератор, испугавшись ответственности, ликвидировал ее.

Каждый четвертый подросток незадолго до суицида совершал намеренные самоповреждения, однако, их окружение (родители, учителя, школьные психологи) не придавало значения проявлениям аутоагрессии.

В связи с этим, обследованы подростки, совершившие суицидальные попытки и обратившиеся за психиатрической помощью. По нозологии они распределились следующим образом: органическое расстройство личности (64,5 %), шизофрения (15,4 %) и расстройства невротического спектра (20,1 %). В каждом третьем случае заболевание дебютировало именно с попытки покончить с собой. Этот факт подтверждает важность проведения квалифицированно организованных профилактических мероприятий по месту учебы подростков с целью выявления психических расстройств и суицидальных тенденций в поведении.

В 46,8 % предшествующие суицидальным попыткам неоднократные случаи нанесения самопорезов различной глубины и количества. Аутоагрессивные действия подростков всегда должны привлекать внимание специалистов, так как они имеют многоаспектный характер, начиная от цели привлечь внимание окружающих к своим проблемам, до патологического желания через болевые ощущения получить разрядку в момент наивысшего эмоционального напряжения. В любом случае такое поведение ребенка свидетельствует о душевном неблагополучии и требует участия.

Значимой особенностью, отличающей взрослых суицидентов от подростков, являлась несоразмерность в большинстве случаев пускового фактора суицидогенеза с силой воздействия. Поэтому специалистам, оказывающим суицидологическую помощь, необходимо иметь навыки определения степени суицидального риска, которая определяет тактику и стратегию оказания суицидологической помощи.

Таким образом, знание возрастных особенностей формирования суицидального поведения, всесторонний анализ суицидов подростков необходимы для разработки организационных форм и методов их предупреждения, дифференцированной тактики ранней профилактики, коррекции психических расстройств, сопровождающихся развитием суицидального поведения, а также предупреждения некорректного отражения темы самоубийств в средствах массовой

информации и Интернете. Эффективная профилактика подростковых самоубийств возможна лишь при согласованных усилиях со стороны педагогического и медицинского сообществ. До настоящего времени разборы причин совершенных подростками суицидов, носят в большей степени формальный характер и чаще проходят, без участия компетентных в области суицидологии представителей психиатрии. Школьные психологи не имеют достаточных знаний в области суицидологии, не могут оценить риск совершения суицида в реальной обстановке, не имеют навыков коррекции подобных состояний. Составленные планы по профилактике суицидального поведения в молодежной среде не основаны на реально действенных, но трудоемких методах, и, как следствие, не приводят к снижению количества подростковых суицидов.

Вещикова М.И. , Зверева Н.В.

Восприятие опасных ситуаций в подростковом возрасте: гендерные различия и влияние эндогенной психической патологии

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Подростковый возраст – одна из важнейших вех развития человека и поворотный момент в формировании многих психических функций и личностных качеств. Кризисным этот этап становится и для взаимодействия с опасностью: формируются когнитивные функции, позволяющие анализировать ситуации и прогнозировать их последствия, эмоциональная нестабильность и зависимость от окружения, напротив, способствуют росту рискового поведения [Ильин Е.П., 2015]. Подростки, страдающие психическими заболеваниями, сталкиваются с теми же задачами развития, но вынуждены их решать в специфических условиях. Изменения со стороны эмоционально-личностной и когнитивной сфер, а также иное отношение непосредственного окружения накладывают свои особенности на протекание подросткового кризиса в целом и, как следствие, может отражаться на восприятии опасности в частности [Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримуллина О.Е., 2008]. Можно предположить также значимое влияние гендерной принадлежности на оценку опасности: как на уровне обыденных представлений, так и по результатам отдельных исследований девушки описываются как более осторожные и менее склонные к риску.

Цель исследования: выявить представления подростков об опасности обыденных ситуаций в норме и при психической патологии, оценить гендерные различия в структуре оценок опасности ситуаций.

Материал и методы: в исследовании приняли участие 118 подростков в возрасте 11–17 лет.

Контрольная группа – 76 подростков (52 девочки, 24 мальчика; средний возраст – 14 лет), учащихся средних общеобразовательных и специальных учебных учреждений г. Москвы и Московской области, не обращавшихся в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью;

Клиническая группа – 42 подростка (20 девочек, 22 мальчика; средний возраст – 13,9 лет), проходивших лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ по поводу расстройств шизофренического спектра (F20, F21, F25).

Методика: «Оценка степени опасности с опорой на фотографии» (Вещикова М.И., 2015). Полупроективная методика, построенная на принципе категоризации материала. Цель методики – выявить субъективный уровень опасности у испытуемого. Стимульный материал представлен 21-й карточкой с фотографиями потенциально опасных мест и ситуаций, с которыми можно встретиться в повседневной жизни. Задача испытуемого – разделить карточки на три группы по степени опасности. Оценивалось процентное соотношение присвоенных уровней опасности для каждой ситуации. Значимыми расценивались расхождения в частоте оценок, превышающие показатель в два среднеквадратических отклонения. Для настоящего сообщения проводился количественный анализ выбранных картинок как наиболее частотных по соответствующему уровню опасности для различных подгрупп, в дальнейшем проводился качественный анализ этих стимульных объектов.

Результаты и обсуждение. Сравнение выборок нормы и психической патологии по критериям общности-различий выборов опасных-безопасных ситуаций. Распределение частот выбора отдельного уровня опасности для карточки демонстрирует как и общие черты в обеих выборках, так и различия в оценках. Преимущественно значения частот колеблются в пределах 15–50 %, иногда с тяготением к какому-либо уровню. Ярко выраженное предпочтение отдельного уровня опасности встречается только для двух карточек: «Пожар» преимущественно относится к высокой степени угрозы (в обеих группах), «Толпа» преимущественно оценивается как безопасная ситуация.

В половине случаев прослеживается сходство оценок опасности здоровыми и больными подростками. Так карточки «Молния» и «Корабль» тяготеют к высокому и среднему уровню опасности; карточки

«Собаки на улице» и «Собаки на стоянке» – в среднему; оценки карточек «Смог», «Милиция», «ТЭЦ», «Ливень» распределяются по уровням равномерно.

В контрольной группе чаще высокий и средний уровень опасности приписывается следующим ситуациям: «Заброшенное здание», «Пожар», «Самолет», «Шоссе»; низкий балл опасности здоровые подростки чаще приписывают карточкам «Сноуборд», «Метель», «Стадион», «Толпа». В клинической группе чаще приписывается низкий уровень опасности «Бомжи», «Цыгане», «Гопники», «Гастарбайтеры». Карточка «Метро» в контрольной группе с одинаковой частотой приписывается ко всем трем уровням, клиническая же группа чаще относит ее к среднему уровню опасности, возможно, это проявление страха перед местом одновременно многолюдным и замкнутым. Более ровный результат контрольной группы можно объяснить значительной долей жителей Подмосковья в ней, не имеющих опыта регулярных поездок в метро и, как следствие, во многом опирающихся на случайные знания и критерии.

Однозначно можно описать природу различий для ситуаций, которые чаще относятся к безопасным больными подростками: это фотографии маргинальных и криминальных слоев населения. Такой результат может проистекать из сложностей понимания социального контекста больными подростками, неумения считывать внешние маркеры маргинальных групп, слабо выраженной брезгливости. Отчасти больные подростки могут ощущать собственную маргинальность, иметь непосредственный опыт общения с подобными людьми. Такая тенденция указывает на уязвимость подростков с расстройствами шизофренического спектра перед делинквентными группами: не распознавая в них угрозу, подростки могут становиться их жертвами или участниками.

Ситуации, которые здоровым подросткам представляются более угрожающими («Пожар», «Самолет», «Шоссе», «Заброшенное здание»), на уровне общественного сознания расцениваются как серьезные опасности, часто и драматично описываются в СМИ, обсуждаются в контексте техники безопасности. Кроме того, автотранспорт статистически является основной причиной смертности от несчастных случаев в мире, пожары же хотя и не характеризуются высокой летальностью, несут за собой серьезные экономические и инфраструктурные потери. Более высокая оценка опасности данных ситуаций здоровыми подростками может указывать на лучшее владение реальной опасности и внимание к предостережениям, транслируемым в обществе.

Наиболее неоднородна группа ситуаций, которым здоровые подростки чаще приписывают низкий балл опасности («Сноуборд», «Метель», «Стадион», «Толпа»). Здесь отчасти играет роль повседневный опыт городского жителя (метель, толпа), дающий богатый опыт позитивного взаимодействия с данными ситуациями. Другие две карточки иллюстрируют менее распространенные ситуации. Проблема спортивных болельщиков может не быть особо знакомой многим подросткам, которые сами не являются представителями этой группы, поскольку в последние годы количество беспорядков на этой почве сократилось. Более редкое появление сюжетов о погромах и стычках спортивных фанатов делают эту угрозу менее доступной (эвристически) и драматичной. Последняя же ситуация («Сноуборд») может видеться здоровым испытуемым менее угрожающей в силу возрастной склонности к рисковому поведению и привлекательности экстремальных увлечений для подростков.

Оценка гендерных различий. Для оценки гендерных различий в структуре разделения опасности был проведен аналогичный анализ. В контрольной группе в 9 случаях распределение частот в группах юношей и девушек не совпадает.

Наблюдаются следующие различия в оценках групп:

В группе юношей для карточки «Бомжи» увеличивается доля ответов среднего уровня опасности за счет крайних уровней. Карточки «Шоссе», и «Ливень» девушками чаще относятся к высокой степени опасности, карточка «Сноуборд» чаще относится к высокой степени опасности юношами. Юношами карточки «Молния» и «ТЭЦ» чаще относятся к низкой степени опасности. Для карточек «Корабль», «Заброшенное здание», «Стадион» наблюдаются противоположные изменения в доле ответов низкой и высокой степени опасности. Карточка «Стадион» девушками чаще расценивается как безопасная, юношами – как очень опасная (такой результат может говорить о большем интересе к игровым видам спорта у юношей и, как следствие, большей осведомленностью об опасностях, связанных с болельщиками, и большим опытом взаимодействия с ними). Остальные две карточки юношами чаще оцениваются как безопасные, а девушками – как очень опасные.

В клинической группе расхождения в оценках отмечаются в трех случаях: девушки чаще приписывают высокий уровень опасности карточкам «Бомжи» и «ТЭЦ», и средний – карточке «Самолет».

В целом можно сказать, что в отношении карточек, по-разному оцениваемых испытуемыми разного пола, у девушек в клинической

и контрольной группах прослеживается тенденция к увеличению субъективной опасности отдельных ситуаций. Набор ситуаций, в отношении которых отмечаются различия, разнороден, и затруднительно дать объяснение тому, почему различия отмечаются каждом конкретном случае и не проявляются в остальных.

Исследование показало различия в представлениях здоровых подростков и подростков с расстройствами шизофренического спектра об опасности обыденных ситуаций, в том числе обнаружены гендерная специфика оценок.

Выводы:

1. Больные подростки менее склонны считать опасными группы ситуаций, иллюстрирующих взаимодействие с маргинальными группами, что может указывать на сложности понимания социальных отношений и выстраивания дистанции на основании принадлежности к разным социальным слоям (слабость и своеобразие социальных представлений).

2. Здоровые подростки в большей степени считают серьезными угрозы, чаще обсуждаемые в СМИ, особенно в контексте обеспечения безопасности жизнедеятельности.

3. Выявляются гендерные различия в восприятии опасности, по-разному выражающиеся у здоровых и больных подростков, которые указывают на повышение субъективной опасности воспринимаемого у девушек.

Список литературы

1. Вещикова, М.И. Восприятие опасности подростками и его связь с личностными чертами у подростков в норме и при психической патологии / М.И. Вещикова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. – Т. 8, № 1. – С. 56–62.

2. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста: учебное пособие для студентов высш. учеб. Заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 208 с.

3. Ильин Е. П. Психология риска: пособие. – Издательский дом «Питер», 2012. – 267 с.

Волосянко А. Б., Ходан В. В., Мыцько В. М.

Исследование особенностей эмоционально-поведенческих состояний у детей, больных хроническим холециститом

Украина, г. Ивано-Франковск, Ивано-Франковский национальной медицинский университет, Прикарпатский национальный университет им. В. Стефаника

Актуальность. В классической психологии психическое состояние понимается как устойчивое проявление психического относительно параметров возможных индивидуально-типологических и психоэмоциональных изменений индивида. Внутреннее психическое состояние человека – это зафиксированное сознанием на определенный момент времени интегральное ощущение благополучия (неблагополучия), комфорта (дискомфорта) в определенных подсистемах организма или всего организма в целом [2]. Критериями отражающими качественную характеристику психического состояния в определенный момент жизни человека могут быть избранными – самочувствие, активность, настроение, тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность.

Цель исследования. Определить внутреннюю картину болезни у детей с хроническим холециститом за показателями анкетирования уровней самочувствия, активности и настроения.

Материалы и методы. Обследовано 150 детей школьного возраста (от 7 до 18 лет). В исследовательскую группу вошло 120 детей с хроническим холециститом, контрольная группа включала 30 практически здоровых детей этого же возраста. Больным детям проводилось комплексное обследование: тщательное изучение анамнеза заболевания и жизни; физикальное обследование; проведения биохимических, иммунологических и инструментальных методов исследования. Диагноз верифицировали после обследования согласно приказа МЗ Украины от 29.01.2013 г. № 59, унифицированные клинические протоколы медицинской помощи детям с заболеваниями органов пищеварения.

Определение психологического состояния детей осуществлялось с использованием методики САН (самочувствие, активность, настроение) [1]. При этом считали, что средний балл превышающий показатель равный четырем свидетельствует о благоприятном состоянии

в соответствующей сфере, оценка ниже 4 баллов – неблагоприятное состояние.

Результаты и их обсуждение. На рисунке 1 представлено данные показателей самочувствия, активности и настроения у детей с хроническим холециститом и здоровых детей. Уровень самочувствия у всех обследованных детей больных хроническим холециститом составил 4,81 ± 0,15 баллов и достоверно был ниже, чем у детей группы контроля (5,40 ± 0,30 баллов) (p<0,05).

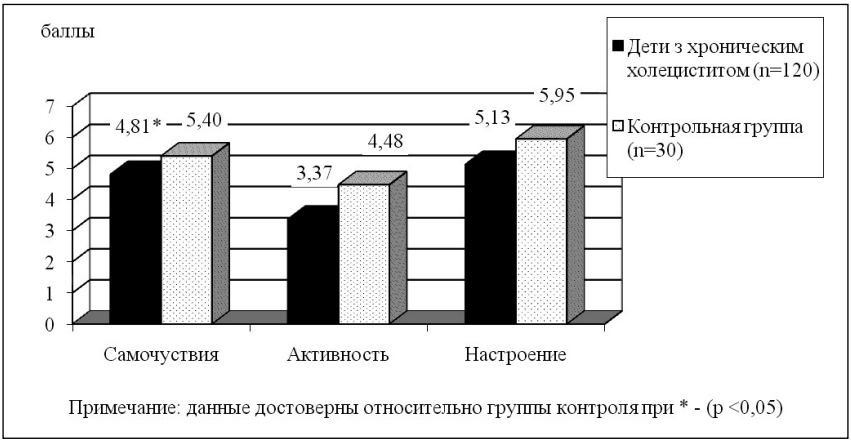


Рис. 1. Характеристика показателей самочувствия, активности и настроения у обследованных детей (баллы)

Уровень активности у пациентов с хроническим холециститом был снижен и составил 3,37 ± 0,16 баллов по сравнению со здоровыми детьми (4,48 ± 0,37 баллов).

У больных детей обнаружено снижение до 5,13 ± 0,19 баллов показателя уровня настроения по сравнению со здоровыми детьми (5,95 ± 0,30 баллов).

Результаты изменения уровней самочувствия у детей обследованных групп представлены в таблице 1.

При анализе данных представлены в таблице 3.15, установлено, что в 57 (47,5 %) пациентов наблюдается тенденция к снижению (4,14 ± 0,15 баллов) уровня самочувствия по сравнению с 9 (30,0 %) здоровыми детьми (4,36±0,32 баллов). В 23,3 % случаях среди детей больных хроническим холециститом верифицированы повышение

уровня самочувствия (5,93±0,11 баллов) по сравнению со здоровыми детьми (46,7 %) в которых уровень самочувствия составил 6,11 ± 0,18 баллов.

Таблица 1

Показатели самочувствия у обследованных детей (M ± m)

Самочувствие	Опытная группа (n=120)	Контрольная группа (n=30)	p
	баллы, M±m	баллы, M±m	
Пониженно	4,14±0,15	4,36±0,32	p>0,05
Нормальное	5,18±0,06	5,31±0,10	p<0,05
Повышенное	5,93±0,11	6,11±0,18	p>0,05

Результаты изучения уровня активности у обследованных детей представлен в таблице 2.

Согласно данным, представленным в таблице 2,обнаружено, что в 95,0 % случаев, в группе детей с хроническим холециститом, наблюдается снижение уровня активности до 3,26±0,15 баллов, по сравнению с 53,3 % случаев группы здоровых детей (3,67±0,35 баллов) (p<0,05).

Таблица 2

Показатели активности у обследованных детей (M ± m)

Активность	Опытная группа (n=120)	Контрольная группа (n=30)	p
	баллы, M±m	баллы, M±m	
Снижена	3,26±0,15	3,67±0,35	p<0,05
Нормальная	5,28±0,35	5,25±0,11	p>0,05
Повышенная	6,05±0,10	5,93±0,24	p>0,05

В 3,3 % случаев в опытной группе детей определено нормальный уровень активности (5,28±0,35 баллов) по сравнению с 10,0 % случаев в группе здоровых детей (5,25±0,11 баллов).

Характеристика изменения уровней настроения у детей обследованных групп представлены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели настроения у обследованных детей (M ± m)

Настроения	Опытная группа (n=120)	Контрольная группа (n=30)	p
	баллы, M±m	баллы, M±m	
Пониженное	4,07±0,24	3,97±0,74	p>0,05
Нормальное	5,18±0,06	5,27±0,26	p>0,05
Повышенное	6,12±0,09	6,29±0,08	p<0,05

Согласно данным, представленным в таблице 3, было определено, что в 36,7 % случаев среди пациентов с хроническим холециститом уровень показателя пониженного настроения значительно выше (4,07±0,24 баллов) по сравнению с 10,0 % случаев в группе здоровых детей (3,97±0,74 баллов).

В 38,3 % случаев среди детей больных хроническим холециститом отмечено повышенное настроение. Уровень настроения у больных детей был достоверно ниже (6,12 ± 0,09 баллов) по сравнению со здоровыми детьми (6,29 ± 0,08 баллов) (p<0,05).

Выводы. Таким образом, психосоматическое состояние у детей с хроническим холециститом располагает кнарушениям эмоционально-поведенческих функций психики. Было установлено, что в исследуемой группе больных детей показатели самочувствия, активности и настроения преимущественно ниже тех же показателей у здоровых детей из контрольной группы.

Список литературы

1. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Изд.Дом«БАХРАХ», 1998.– 672 с.

2. Словарь практического психолога / Сост. С. Ю. Головин. – Минск: Харвест, М.: ООО «Изд-во АСТ», 2001. – 800 с.

Гильбурд О.А.

Хронобиология расстройств эмоциональной сферы у подростков в условиях севера

г.Сургут, БУ ВО ХМАО – Югры
«Сургутский государственный университет»

Введение. Климат северного города Сургута типичен для всего региона Среднего Приобья, природная и техногенная среда которого является экологически агрессивной, определяет высокую напряжённость и хрупкость механизмов адаптации и создаёт почву для инициации и рецидивирования различных психических расстройств [Семке В.Я., 1994; Хрущов В.Л., 1994]. Чувствительность к патогенному влиянию «пролонгированного мультифакториального северного стресса» [Казначеев В.П., 1983] определяется уровнем антропоэкологической адаптации, в свою очередь коррелирующим с северным стажем, и здесь наиболее напряжённым является первое трёхлетие жизни на Севере [Короленко Ц.П., 1978]. Сезонность манифестации, в частности, эмоциональных расстройств связана с пониженной инсоляцией во время долгой зимы, а также с резкими осенне-весенними флуктуациями атмосферного давления, электромагнитных переменных и среднесуточных температур, что отражается на самочувствии жителей, в особенности тех, которым свойственна соматовегетативная и эмоциональная лабильность [Короленко Ц.П., 1978; Симуткин Г.Г., 2010]. Всё вышесказанное в полной мере относится к северным подросткам-переселенцам, однако основная масса исследований в данном направлении выполнена на материале взрослого населения, чем и определяется актуальность нашей работы.

Цель исследования. С учётом вышеизложенного, целью настоящего исследования является сравнительный анализ сезонных флуктуаций эмоциональных расстройств у подростков с различным стажем жизни в Сургуте.

Материалы и методы. Основную группу составили 50 подростков в возрасте от 13 до 17 лет с северным стажем от 1 до 3 лет; из них у 21 подростка была установлена рекуррентная депрессия различного генеза, а у 29 подростков – тревога ундулирующего либо эпизодически-пароксизмального характера. В группу сравнения вошли 37 подростков того же возраста, родившихся и постоянно живущих на Севере; из них депрессия выявлена у 14, а тревога – у 23 подростков. Все подростки были соматически и неврологически здоровы. Применялись

клинико-психопатологический, клинико-динамический и статистический методы исследования.

Депрессия распознавалась на основании таких симптомов, как сниженное настроение, утрата интереса к чтению, просмотру телепередач, компьютерным и коллективным играм, ангедония, расстройства сна и аппетита, неуверенность в своем будущем, сниженная самооценка, ожидание неудач, пессимистические суждения, суточные колебания настроения, переживание безысходности, мучительное чувство тоски, чувство изменённости окружающей действительности или собственного «Я», появление суицидальных мыслей и тенденций.

Тревога характеризовалась такими симптомами, как неясное ощущение надвигающейся или вероятной угрозы, напряжённое ожидание неопределённой опасности, мышечное напряжение и неспособность к расслаблению, двигательное беспокойство, усиленное реагирование на неожиданности или испуг, затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове», страх потери контроля над собой, страх смерти, страх несчастья, которое может произойти с близкими, переживание неустойчивости или предобморочного состояния, повышенная раздражительность, затрудненное (из-за беспокойства) засыпание, вариативные вегетативные симптомы: головокружение, усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, тремор или дрожь, сухость во рту, затруднения в дыхании, чувство удушья, боль или дискомфорт в груди, тошнота, отрыжка, жжение в желудке, понос и другие признаки «абдоминального дистресса», приливы жара или озноб, онемение или ощущение покалывания.

Результаты и их обсуждение. Для выявления возможного влияния «северного стресса» на клинико-динамические характеристики депрессии и тревоги мы проанализировали результаты трехлетнего (2012–2014 гг.) катамнестического наблюдения за подростками обеих групп. В течение указанного периода мы регистрировали и вели количественный учет всех обострений депрессивной и тревожной симптоматики у каждого пациента. В результате по завершении катамнестического периода оказалось, что в основной группе суммарно наблюдались 64 рецидива депрессии и 91 рецидив тревоги, а в группе сравнения суммарно отмечены 31 эпизод депрессии и 42 обострения тревоги.

На следующем этапе исследования все рецидивы депрессии и тревоги были распределены по климатическим сезонам с учётом их реальной продолжительности в регионе Среднего Приобья: зима – с ноября по апрель (6 месяцев), весна – с мая по нюнь (2 месяца), лето – с июля по август (2 месяца), осень – с сентября по октябрь (2 месяца) [табл. 1].

Учитывая, что депрессии в основной группе имели непсихогенную природу, можно было ожидать, что пики их рецидивирования будут ассоциированы с демисезонным периодом (что регистрируется в группе подростков с оптимальной антропоэкологической адаптацией, $p > 0,05$). Однако табличные данные показывают, что более половины всех рецидивов депрессии в основной группе приходится на зимний период, когда на Севере в течение полугода сохраняется низкая инсоляция ($p < 0,01$). Известно, что затяжное ультрафиолетовое голодание нарушает метаболизм мелатонина и серотонина, способствуя развитию депрессивного синдрома [Симуткин Г.Г., 2010]. По-видимому, изменение типичного хронобиологического модуса рекуррентной депрессии у подростков-переселенцев обусловлено мощным патопластическим влиянием «пролонгированного мультифакториального северного стресса».

Таблица 1

Сезонное распределение рецидивов депрессии у подростков в зависимости от северного стажа

Северный стаж	Зима		Весна		Лето		Осень		ВСЕГО	
	Абс.	% %	Абс.	% %	Абс.	% %	Абс.	% %	Абс.	% %
1–3 года	37	57,8	10	15,6	4	6,3	13	20,3	64	100
С момента рождения	5	16,1	15	48,4	–	–	11	35,5	31	100

Анализ распределения рецидивов тревоги выявил иную направленность формирования её сезонного макроритма (табл. 2).

Таблица 2

Сезонное распределение рецидивов тревоги у подростков в зависимости от северного стажа

Северный стаж	Зима		Весна		Лето		Осень		ВСЕГО	
	Абс.	% %	Абс.	% %	Абс.	% %	Абс.	% %	Абс.	% %
1–3 года	9	9,8	45	49,5	21	23,1	16	17,6	91	100
С момента рождения	10	23,8	10	23,8	11	26,2	11	26,2	42	100

Очевидно, что тревога у северных подростков-переселенцев обнаруживает тенденцию к росту числа рецидивов, ассоциированному с сезонным увеличением инсоляции, количества магнитных бурь, частоты смены знака межпланетного магнитного поля, и достигает максимума в весенний период, на который приходится почти половина всех тревожных обострений ($p < 0,001$). В группе сравнения значимые сезонные колебания манифестации тревоги не зарегистрированы ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, сезонные флуктуации депрессии и тревоги у подростков в первые 3 года жизни на Севере имеют разнонаправленные тенденции и обусловлены воздействием региональных природно-климатических факторов, среди которых важную роль играют дефицитарный либо избыточный уровень инсоляции, а также солнечная активность, магнитные возмущения и колебания атмосферного давления.

Горбенко Е.А.

Особенности суицидального поведения в подростковом и молодом возрасте

Республика Казахстан, г. Алмата,
ТОО «Центр психологии и психиатрии»

Последние десятилетия XX и первое десятилетие XXI веков ознаменовались неуклонным ростом количества самоубийств и покушений на самоубийство во всем мире, в том числе и в Казахстане. По данным Госкомстата в 2010 г. в Казахстане было совершено 4796 самоубийств, что составляет 30,8 человек на 100 тыс. населения [Илешева Р.Г., 2010] и причисляет республику к числу стран с наивысшими проявлениями суицидального поведения.

Особую значимость данной проблеме придает «омоложение» среднего возраста совершения суицида [Измайлова Н.Т., Илешева Р.Г., Кудьярова Г.М., 2011]. Самоубийства в возрастной группе 15–29 лет во многих экономически развитых странах занимают 2–3 места в структуре основных причин смерти и приводят не только к социально-экономическому ущербу, вследствие потери трудового потенциала, но и к более ощутимому и сильному морально нравственному страданию окружающих.

Цель исследования: Изучить типологию пресуицидальных состояний на основании исследования структурно-динамических

особенностей психических расстройств нозологического уровня (ПРНУ) и непатологических ситуационных реакций (НСР), социально-демографические, микросоциальные, клинико-психологические, суицидологические показатели суицидентов подросткового и молодого возраста с ПРНУ и НСР.

Материалы и методы. Работа основана на результатах обследования 115 пациентов подросткового и молодого возраста с суицидальным поведением с различными нервно-психическими расстройствами нозологического уровня (65 человек или 56,5 %) и непатологическими ситуационными реакциями (50 человек или 43,5 %). Исследование проводилось на базе Республиканской клинической психиатрической больницы (46 человек или 40 %) и Республиканского токсикологического центра (69 человек или 60 %).

Критериями отбора для исследования служили:

Подростковый и молодой возраст – от 13 до 25 лет (период от начала полового созревания до наступления полной зрелости). К распределению суицидентов по возрасту мы подходили с медицинских позиций и относили к подростковому возрасту весь период полового созревания, т.е. от 13 до 18 лет. Ввиду того, что окончанию молодого (юношеского) возраста разные авторы присваивают различные возрастные границы, мы основывались на возрастных границах, предложенных современными авторами [88], считающими целесообразным продлить этот период до 25 лет в связи с замедленным эмоциональным созреванием и экономической зависимостью данного контингента (обучение, безработица, жилищные проблемы), оказывающими непосредственное или опосредованное влияние на процесс формирования полной зрелости.

Наличие суицидальных попыток.

Для определения показателей психического состояния, а также для уточнения личностных особенностей 46 (40 %) обследованным было проведено специальное экспериментально-психологическое исследование с использованием методик MMPI, ПДО, теста Бентона, цветового теста Люшера и др.

Характерологический опросник К. Леонгарда применялся у всех обследованных и предназначался для диагностики типа акцентуации характера.

Для быстрой и точной квантификации тяжести депрессии и ее динамики в процессе терапии у пациентов с психическими расстройствами, применялась шкала Монтгомери-Асберга (MADRS), принадлежащая к числу стандартизованных объективных клинических инструментов, широко применяемых в современной психиатрии.

На каждого больного заполнялась суицидологическая карта, в которой нашли отражение социально-демографические характеристики (возраст, национальность, уровень образования, характер социального положения, профессиональная занятость, особенности воспитания, полнота семьи, где воспитывался суицидент), наследственность, клинико-психопатологические данные, наличие экзогенно-органической симптоматики, соматической патологии и критерии суицидологической диагностики (способ суицида, количество предыдущих попыток суицида).

Весь изученный материал был представлен двумя основными группами:

I – психические расстройства нозологического уровня (ПРНУ) – 65 человек;

II – непатологические ситуационные реакции (НСР) – 50 человек.

Во II группу вошли суициденты, состояние которых не соответствовало критериям психического расстройства, психические нарушения у них в пресуицидальном периоде были оформлены непатологическими ситуационными реакциями; они не имели психотических и депрессивных эпизодов в анамнезе; не состояли под наблюдением психиатрических и наркологических служб. В МКБ-10 подобные явления регистрируются как вариант нормы ([Z 73.3] – «стресс, нигде более не классифицируемый»).

Таким образом, факторы риска суицидального поведения в группе больных в психическом отношении сравнивались с таковыми в группе формально здоровых в психическом отношении лиц.

Обобщая результаты проведенного исследования, имеются основания констатировать, что группа подростков, совершивших суицидальные попытки, оказалась неоднородной по различным клинико-социальным показателям и по ряду их различалась в группе психических расстройств нозологического уровня и непатологических ситуационных реакций. Это позволило определить конституционально-биологические, социальные, микросоциальные, психологические, суицидологические, клинические предиспонирующие суицидальному поведению условия, которые оправдано было отнести к факторам риска суицидального поведения. Такими факторами риска оказались следующие:

Возрастные группы 13–21 лет – у практически здоровых подростков с НСР (90 %), и 18–25 лет – в группе подростков с ПРНУ (73,8 %); наиболее суицидоопасным в обеих группах оказался возрастной интервал 18–21 лет (54 % и 40 % соответственно).

Принадлежность к женскому полу в группе НСР (84 %).

Учащиеся и студенты (52,2 %), а также не учащиеся и не работающие (дезадаптированные) (33,9 %). Причем среди суицидентов с НСР преобладали учащиеся и студенты (64 %), а в группе ПРНУ – дезадаптированные лица (46,2 %).

Воспитание в дисгармоничных семьях и вне дома (48,7 %) неправильные его типы, применявшиеся к суицидентам (79,1 %). Причем наиболее патогенными для развития суицидального поведения в общей группе суицидентов оказались противоречивое воспитание (составляющими которого являлись гипопротекция и эмоциональное отвержение) (31,3 %) и воспитание по типу доминирующей гиперпротекции (26,9 %), а так же воспитание по типу потворствующей гиперпротекции преимущественно в группе НСР (24 %).

К факторам риска суицидального поведения (попыток) относилось наличие у суицидентов возбудимого (экстравертированного радикала) преморбидного склада личности (65,3 %), наиболее часто выявлявшегося в группе НСР (80 %).

Наличие суицидальных попыток в анамнезе, преимущественно в группе ПРНУ (50,8 %).

Соматоневрологическое неблагополучие (перенесенные незадолго до суицида соматические заболевания, наличие резидуально-органической недостаточности головного мозга).

Выводы. Клинико-динамическая дифференциация позволяет выделить три варианта пресуицидальных состояний при ПРНУ. При психотическом варианте ведущие суицидогенные конфликты были связаны с различными психопатологическими переживаниями, суицидальные попытки реализовывались на высоте развития психоза при присоединении тревожного компонента. При психопатическом варианте суицидальные тенденции возникали в структуре патологических ситуационных реакций, развившихся в ответ на психотравмирующую ситуацию. При реактивном варианте суицидальное поведение формировалось в условиях депрессивного синдорма, возникшего в результате психической травмы, суицидальные попытки осуществлялись как на высоте развития клинической картины психогенного состояния, так и в периоде обратного развития депрессии.

У практически здоровых суицидентов пресуицидальные психические расстройства были оформлены непатологическими ситуационными реакциями и проявлялись двумя структурно-динамическими типами: реакциями демобилизации и реакциями дезорганизации [по А.Г. Амбрумовой, 1981].

Предиспонирующими суицидальному поведению факторами в подростковом и молодом возрасте являются социальные, клинико-психологические и суицидологические параметры, которые отличаются в группе ПРНУ и НСР.

Терапия суицидентов должна осуществляться с соблюдением принципов непрерывности, преемственности и комплексности лечебных (медикаментозных, психотерапевтических), психологических и социальных мер, что требует создания суицидологической службы (телефон Доверия, кризисный стационар, кабинеты социально-психологической помощи).

Список литературы

1. Илешева Р.Г. Нарушения поведения у детей и подростков. – Алматы, 2010. – 160 с.
2. Измайлова Н.Т., Илешева Р.Г., Кудьярова Г.М. Особенности возрастного аспекта депрессивных расстройств. // Акт. вопр. психиатрии, наркологии и психологии: Сб. научн. тр. – Алматы, 2011. – С. 69–72.
3. Амбрумова А.Г. Роль личности в проблеме суицида. // Актуальные вопросы суицидологии. Тр. Моск. НИИ психиатрии. – М., 1981, Т. 92. – С. 35–49.

Господарева Н.В.

Личностный адаптационный потенциал у выпускников университета с невротизацией

Беларусь г. Гомель, УО «Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

Как пишет А.Г. Маклаков, ссылаясь на Р.М. Баевского, при значительных адаптационных способностях выше вероятность нормального функционирования организма и эффективной деятельности при воздействии психогенных факторов [А.Г. Маклаков, 2001]. Нормальное функционирование организма, продуктивность в различных сферах деятельности, а также стрессоустойчивость является актуальным и для выпускников университета, в том числе, и по причине их будущего трудоустройства.

Среди психических заболеваний на долю неврозов приходится 20-25 % [Б. Д. Петраков, 1995]. Как было отмечено на XVI конгрессе

европейского союза школьной и университетской медицины и здоровья, который прошел в 2011 г. в Москве, «нервно-психические расстройства лидируют по распространенности среди других в студенческой популяции» [1, с. 420].

Исследуя психическое здоровье студентов, О.А. Идобаева пришла к выводу о том, что оно характеризуется высоким уровнем тревожности и напряжением адаптационных ресурсов [О.А. Идобаева, 2013].

Изучением состояния психического здоровья студентов младших курсов занимались такие исследователи, как М.А. Кулыгина [2], Н.В. Говорин [Н.В. Говорин, 2013], О.А. Идобаева [О.А. Идобаева, 2013] и др.

Однако работ, касающихся психического здоровья, адаптационных возможностей и уровня невротизации студентов-выпускников в настоящее время не достаточно. По этой причине было проведено исследование на базе ГГУ им. Ф. Скорины. Выборку составили студенты 5 курса дневного отделения – 31 человек (лиц муж. пола – 17 чел., лиц жен. пола – 14 чел.) в возрасте от 21 до 25 лет.

Цель. Изучить уровень личностного адаптационного потенциала (ЛАП) у выпускников университета с невротизацией.

Методы: методика экспресс-диагностики невроза К. Хека – Х. Хесса [Д.Я. Райгородский, 1998]; опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова – С.В. Чермянина [Г.С. Никифоров, 2003]. Для математической обработки использовалась программа STATISTICA 5.0.

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования был изучен уровень невротизации. В результате были выделены две группы: с невротизацией (16,1 %) и без невротизации (83,9 %).

Высокий уровень невротизации свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания; о безынициативности; об эгоцентрической личностной направленности, что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках; о трудностях в общении; о социальной робости и зависимости [Д.Я. Райгородский, 1998].

Низкий уровень невротизации свидетельствует: об эмоциональной устойчивости; о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм); об инициативности; о чувстве собственного достоинства; независимости, социальной смелости; о легкости в общении [Д.Я. Райгородский, 1998].

В иследовании, проведенном Р. Г. Гильмутдиновым (выборка составила 198 чел.), число студентов с невротическими расстройствами

увеличилось с 10,1 % на 1 курсе до 19,7 % на последнем курсе [3, С. 11–12]. Он указывает на то, что студенты с невротическими расстройствами не умеют организовывать свой режим, что усугубляет их астенизацию, ведет к значительному снижению успеваемости. Лишь 25 % студентов этой группы относились к занятиям с интересом, а 15 % испытывали страх перед будущей профессией. Среди студентов группы риска большинство употребляли алкоголь. При этом 40 % отмечали, что употребляли с целью облегчения общения, улучшения настроения и в трудных жизненных ситуациях [3, С. 11–12].

Как патологический способ адаптации человека в социуме рассматривает невроз Л.И. Козловская [Л. И. Козловская, 2011].

При рассмотрении проблем адаптации человека принято выделять три функциональных уровня: физиологический, психологический и социальный [К.К. *Платонов,* 1981]. А.Г. Маклаков разработал личностный адаптационный потенциал (ЛАП) для оценки вероятности сохранения здоровья и работоспособности после воздействия экстремальных факторов [А.Г. Маклаков, 2001]. Показатель ЛАП не только содержит информацию о степени соответствия психического состояния общепринятым нормам, но и позволяет дифференцировать людей по степени устойчивости к воздействию психоэмоциональных стрессоров [А.Г. Маклаков, 2001]. Согласно данным А.Г. Маклакова, у лиц, обладающих высоким адаптационным потенциалом, более низкий уровень тревожности, более высокий уровень нервно-психической устойчивости, отсутствие проблем в области социальной адаптации и сомато-невротической симптоматики [А.Г. Маклаков, 2001].

На втором этапе исследования был установлен уровень ЛАП:

высокий уровень − 16,2 % чел.;

удовлетворительный уровень – 41,9 % чел.;

низкий уровень – 41,9 % чел.

Далее, при математической обработке данных посредством критерия углового преобразования Фишера выяснено, что частота встречаемости низкого уровня ЛАП в группе с невротизацией достоверно выше, по сравнению с группой без невротизации ($p<0.001$).

Выводы.

Уровень невротизации у выпускников университета составил 16,1 %.

Установлен следующий уровень ЛАП: высокий уровень − 16,2 % чел.; удовлетворительный уровень – 41,9 % чел.; низкий уровень – 41,9 % чел.

Частота встречаемости низкого уровня ЛАП в группе с невротизацией достоверно выше, по сравнению с группой без невротизации ($p<0.001$).

Полученные результаты могут быть использованы в сфере образования, психопрофилактике и психогигиене в области психического здоровья студентов.

Список литературы

1. Краснова, В. В. Социальная тревожность как фактор эмоционального благополучия у студентов / В. В. Краснова // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии : тезисы общероссийской конф. с междунар. участием, Самара, 21–23 сентября 2013 г. / Самарский гос. ун-т ; под ред. проф. Н. Г. Незнанова, проф. В. Н. Краснова [и др.]. – Самара, 2013. – С. 420–421.

2. Кулыгина, М.А. Психическое здоровье студентов: клинико-психологические факторы риска и возможности психотерапии / М.А. Кулыгина // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии : тезисы общероссийской конф. с междунар. участием, Самара, 21–23 сентября 2013 г. / Самарский гос. ун-т ; под ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова [и др.]. – Самара, 2013. – С. 421–423.

3. Гильмутдинов, Р.Г. Роль системы здравоохранения вуза в коррекции адаптации студентов к обучению на примере работы лаборатории психопрофилактики ОГУ / Р.Г. Гильмутдинов // ВЕСТНИК ОГУ. Приложение Здоровьесберегающие технологии в образовании. – 2005. – № 11. – С. 10–13.

Гречаный С. В.

Клинико-возрастные различия расстройств поведения у подростков

г. Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России

Расстройства поведения (РП) у подростков относятся к наиболее часто встречающейся психической патологии детско-подросткового возраста. Их распространенность, по разным оценкам, колеблется от 5,5 % до 9,6 % среди всего детского населения. Диагноз «РП» превалирует среди пациентов-подростков, направленных в психиатрический

стационар. Современные представления о РП все больше связываются с пониманием этого явления как непрерывного процесса, начинающегося в раннем возрасте, охватывающего весь период детства и распространяющегося до молодого, а иногда и зрелого возраста. Исследовательский интерес сосредоточен на изучении разных подтипов РП (с ранним и поздним началом), прослеживании взаимосвязи различных форм РП, например, социализированного и несоциализированного с оппозиционно-вызывающим и гиперкинетическим расстройствами поведения. Изучается также влияние ранних поведенческих девиаций на агрессивное, делинквентное и аддиктивное поведение в подростковый период и период молодости. Акцент в терапии и профилактике переносится с подросткового на дошкольный и младший школьный возраст.

Целью исследования было клинико-динамическое изучение РП. В задачи исследования входили клинико-психопатологическая и психометрическая характеристики форм РП с учетом различного срока их начала и описание их динамики.

Материал исследования. Было обследовано 293 пациента с ведущим диагнозом из рубрик F 90-91. Возраст пациентов составил 12–17 лет, средний возраст – 15,3±0,1 года. Среди обследованных было 150 мальчиков-подростков и 143 девочки-подростка.

Методы исследования. Для решения поставленных задач применялся клинико-психопатологический, клинико-анамнестический и психометрический методы. Для рейтингового изучения РП использовалась методика «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» [Aman M. et al., 2008], оценивающая количественную выраженность форм РП в баллах по следующим шкалам: «позитивное поведение», «расстройства поведения», «оппозиция», «сензитивность», «гиперактивность», «невнимательность», «эмоциональные нарушения». Для изучения клинических проявлений РП у детей и подростков в разные возрастные периоды использовалась разработанная нами «Клинико-анамнестическая анкета расстройств поведения», включающая 5 блоков вопросов, направленных на выявление распространенности ранних симптомов поведенческих нарушений.

Результаты исследования. Результаты исследования показали следующую частоту распространенности различных форм РП: социализированное расстройство поведения – 71,7 %, гиперкинетическое расстройство поведения – 15,4 %, расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи – 1,3 %, несоциализированное расстройство поведения – 8,2 %, оппозиционно-вызывающее расстройство – 3,4 %.

Все формы РП чаще встречались в 14–15 лет, кроме оппозиционно-вызывающего расстройства, пик распространенности которого в нашем исследовании составил 12–14 лет. Половые различия в распространенности РП заключались в преобладании гиперкинетического расстройства поведения у мальчиков-подростков и социализированного расстройства поведения у девочек-подростков.

Клинико-динамическое наблюдение позволило выявить следующие закономерности возрастной трансформации РП. Гиперкинетическое расстройство поведения в 31,1 % случаях трансформировалось в другие формы поведенческих расстройств: социализированное (26,7 %) и несоциализированное (4,4 %). В 68,9 % случаях была отмечена его трансформация в органические расстройства: легкое когнитивное расстройство (28,9 %), органическое эмоционально лабильное расстройство (20,0 %) и органическое расстройство личности (20,0 %). В диссоциальное расстройство личности трансформировалось несоциализированное (20,8 %) и социализированное расстройства поведения (7,1 %). Оппозиционно-вызывающее расстройство как форма поведенческих расстройств, характерная для младших школьников, у подростков встречалась преимущественно в рамках парциального психического недоразвития.

В зависимости от сроков манифестации РП все пациенты были разделены на 2 группы: 1) пациенты с ранним началом РП – до 10 лет (43,9 %); 2) пациенты с поздним началом РП – с 10 лет (56,1 %) ($p>0,1$). Гиперкинетическое расстройство поведения чаще возникало до 10 лет – 89,3 % случаев ($p<0,001$). Несоциализированное расстройство поведения одинаково часто начиналось как до 10 лет, так и в более старшем возрасте ($p>0,5$). Социализированное расстройство поведения чаще манифестировало в возрасте 10 лет и старше – 65,5 % случаев ($p<0,001$). У мальчиков-подростков по сравнению с девочками-подростками до 10 лет чаще начиналось гиперкинетическое расстройство поведения ($\chi^2=12,4$, $p<0,001$) и реже социализированное расстройство поведения ($\chi^2=16,4$, $p<0,001$).

Выявленные закономерности подтвердились исследованием РП с помощью рейтинговых шкал. Средние значения шкал «позитивное поведение», «расстройства поведения» и «оппозиция» достоверно преобладают при позднем начале РП. При раннем начале РП отмечаются достоверно более высокие цифры шкал «гиперактивность», «невнимательность» и «эмоциональные нарушения». Не отмечено достоверных различий по шкале «сензитивность». Таким образом, у пациентов с ранним началом РП преобладали численные значения шкал, выявляющих

симптомы гиперкинетического расстройства поведения, а у пациентов с поздним началом РП были выше значения шкал, содержащих симптомы социализированного, несоциализированного и оппозиционно-вызывающего расстройств поведения.

Исследование ранних проявлений РП с помощью «Клинико-анамнестической анкеты» показало, что только гиперкинетическое расстройство поведения в возрасте до 10 лет во всех случаях проявлялось характерными гиперкинетическими симптомами. При других формах было обнаружено, во-первых, разнообразие симптомов, а, во-вторых, присутствие нехарактерных для той или иной формы клинических проявлений. Так, ранними проявлениями несоциализированного расстройства поведения были как симптомы оппозиционно-вызывающего расстройства, так и гиперкинетические симптомы. Социализированное расстройство поведения до 10 лет характеризовалось как типичными для этой формы симптомами (симптомы «агрессивного поведения»), так и симптомами оппозиционно-вызывающего и гиперкинетического расстройств.

Таким образом, в ходе исследования были получены данные, позволяющие рассмотреть РП у подростков в новом аспекте – с позиции представления об их возрастных подтипах, что определяет различие клинической картины, динамики и возрастной трансформации. Была показана относительная нозологическая неспецифичность ранних симптомов РП, что, скорее всего, связано с влиянием зависящего от возраста ведущего типа психического реагирования (по В.В. Ковалеву) на клинические проявления допубертатных поведенческих нарушений.

Громыко В.Д., Ерышова Н.В., Громыко Д.И., Майский А.А.

Особенности социальной адаптации у подростков с расстройствами личностиис органическим поражением головного мозга, нуждающиеся в стационарном лечении

г. Санкт-Петербург, СПб ГКУЗ ГПБ № 3, НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Актуальность: по данным современных научных исследований вопросам социально-медицинской помощи больным с психическими расстройствами уделяется недостаточно внимания [Кузнецов В.И., 2008 г.].

Цель иследования: изучить особенности социальной адаптации у подростков с расстройствами личности (РЛ) и с органическим поражением головного мозга (ОПГМ) нуждающиеся в стационарном лечении.

Методы и материал исследования: с помощью клинического опросника, включающего социально-демографические характеристики, психический статус в СПБГКУЗ ГПБ № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова обследовано 52 пациента мужского пола в возрасте 15–17 лет.

Из них: 26 больных ОПГМ и 26 с РЛ.

Результаты: средний возраст пациентов в группе ОПГМ составил 16,15 (SD = 0,55). Средний возраст пациентов в группе с РЛ составил 16,40 (SD = 0,40).

Полученные данные свидетельствуют о том, что: наличие конфликтных ситуаций с отцом и матерью отмечаются в группе ОПГМ у 4 (15 %) и в группе РЛ у 7 (27 %) больных; с матерью в ОПГМ у 12 (46 %) и РЛ у 10 (39 %), с отцом соответственно 2 (8 %) и 1 (4 %), с бабушкой соответственно 1 (4 %) и 4 (15 %), с отчимом соответственно 1 (4 %) и 4 (15 %).

Низкая адаптация в детских дошкольных учреждений имеется у 12 (46 %) больных с ОПГМ и 16 (62 %) больных с РЛ; низкая адаптация в школе соответственно у 5 (19 %) и 9 (35 %); конфликты с учителями соответственно у 11 (42 %) и 17 (65 %); конфликтные ситуации с одноклассниками соответственно у 10 (38 %) и 14 (54 %); на учете в детской комнате полиции состоит соответственно у 5 (19 %) и 11 (42 %).

В условиях стационара низкая эффективность психотерапии наблюдается в группе ОПГМ у 8 (31 %) пациентов и группе РЛ у 16 (62 %) пациентов; наличие критики к своему состоянию при выписке присутствует соответственно у 14 (54 %) и 9 (35 %).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что у больных с ОПГМ социальные показатели (отношения с членами семьи, со сверстниками дошкольных и школьных учреждений) лучше, чем у пациентов с РЛ. Патопсихологические особенности РЛ нуждаются в большей комплексной фармакологической и психотерапевтической помощи по сравнению с больными ОПГМ.

Давлетярова У.

Особенности формирования когнитивных нарушений после посттравматической эпилепсии у подростков

Узбекистан, г.Ташкент.
Ташкентская медицинская академия

Среди последствий посттравматической эпилепсии (ПТЭ) у подростков появление когнитивных расстройств считается крайне неблагоприятным фактором [Ахмедиев М.М., 2013]. По данным различных авторов, частота развития когнитивных расстройств после посттравматической эпилепсии колеблется у подростков от 8 % до 26 % [Емелин А.Ю., 2012]. В то же время проблема корреляции, соотношения между так называемой ПТЭ и когнитивными нарушениями разработана недостаточно.

Материалы и методы. Нами обследовано 62 больных в возрасте от 12 до 16 лет, с посттравматической эпилепсией (после легкой и средней степени тяжести черепно-мозговой травмой). Всем пациентам проведено комплексное обследование с применением шкал (Монреальская шкала оценки когнитивных функций, тест связи цифр и букв) определяющих когнитивные расстройства.

Результаты исследования и их обсуждение. У 77 % больных отмечалась картина легких когнитивных нарушений, 23 % – когнитивные нарушения средней степени.

Когнитивные нарушения в 23 % случаев появились уже в первые 6 месяцев после первого эпилептического приступа при черепно-мозговой травме средней степени тяжести,а при легкой черепно-мозговой травме – в 10 % случаев.

В течении первого года – у 33 % больных при посттравматической эпилепсии после легкой черепно-мозговой травме, а при посттравматической эпилепсии после черепно-мозговой травме средней степени тяжести – в 52 % случаев.

Выводы. Таким образом, посттравматическая эпилепсия у подростков может привести к таким тяжелым последствиям, каким являются когнитивные расстройства.

Наблюдались появления когнитивных нарушений после посттравматической эпилепсии, в дальнейшем продолжалось их тяжесть, нарастали эмоциональные расстройства.

Когнитивные нарушения в большинстве случаев были обратимы после проведенной ноотропной и противосудорожной терапии.

Жигэу Е.И.

Психологические аспекты смысловой переработки информации подростками, страдающими шизофренией

Молдова, г. Кишинев. Славянский университет Молдовы

В современных условиях интенсификации школьного обучения для успешного усвоения материала необходима сохранность процесса смысловой переработки информации. Данные многочисленных исследований показывают, что при шизофрении одним из центральных расстройств является нарушение именно смысловой сферы. Особую актуальность имеет изучение смысловых нарушений в подростковом возрасте, для которого и в норме характерна определенная неустойчивость и дисгармония как интеллектуальной, так и эмоциональной сфер, в связи с чем возникает проблема дифференциальной диагностики между пубертатным кризом и эндогенным психозом.

В данной работе исследовался один из важных аспектов смысловых нарушений при шизофрении ─ смысловая переработка воспринимаемой информации, способствующая формированию полноценного, адекватного и, вместе с тем, субъективного образа объективной реальности. Смысловая обработка материала позволяет находить общее в элементах информации и объединять их, способствует его пониманию. Первым этапом переработки информации является сенсорная обработка наличной стимуляции. На втором этапе воспринимающим стимулам приписывается определенный семантический код, что обеспечивает осмысленность восприятия [Зинченко В.П., Вучетич Г.Г., Гордон В.М., 1973; Солсо Р.Л., 1996]. Современные эмпирические исследования говорят о том, что семантическое кодирование (СК) включает два уровня: образное кодирование и вербальное [Хоффман И., 1986; Солсо Р.Л., 1996 и др.]. В процессе переработки информации образный и вербальный коды представлены в единстве, взаимно проникают и дополняют друг друга, обеспечивая основу понимания воспринимаемого материала.

Однако в процессе смысловой переработки информации можно выделить еще один семантический код – эмоциональный. Выполняя смыслообразующую функцию, эмоция сама является знаком, имеющим определенное значение. Для адекватного вербального обозначения и идентификации эмоции необходимо учитывать эмоциональный образ ситуации, который представляет собой единство внешнего и внутреннего опыта субъекта. Взаимодействие трех кодов – образного,

вербального и эмоционального – специфическим образом связывает стимульное событие с прошлым опытом и эмоциональным состоянием субъекта, порождает у него эмоциональные переживания, выполняющие смыслообразующую функцию и является основой адекватного восприятия окружающего.

Целью данного исследования явилось изучение процесса смысловой переработки информации в норме и патологии на модели СК.

Материалы и методы исследования. Применялись: методика Вартега, тест руки Вагнера и метод пиктограмм (для изучения процесса СК в познавательной сфере) и «истории M. Thomas», модифицированная методика Розенцвейга и исключение эмоционального выражения (для изучения процесса СК в эмоциональной сфере).

В исследовании принимали участие 60 больных шизофренией 13 – 16 лет, у которых впервые манифест заболевания был в подростковом возрасте, и 60 здоровых учащихся лицеев г. Кишинева того же возраста.

Полученные результаты показали, что на основе стимульной информации могут возникать образы, характеризующиеся разной степенью смысловой наполненности. У здоровых испытуемых переработка специфической сенсорной информации приводит к формированию смыслового образа (83,1 % всех ответов). Незначительная часть ответов ─ образы, построенные по перцептивному типу (по законам поля), но имеющие хорошее вербальное кодирование. Больные шизофренией достоверно отличаются от здоровых сверстников по характеру СК нейтральной информации (F-критерий Фишера = 6,55; $p \leq 0,01$). В группе подростков, страдающих шизофренией, адекватных смысловых ответов, отражающих согласованную связь образного и вербального кодов, 35,8 %; 25,4 % всех стимулов проходит только сенсорную обработку. Дефицитарность образного уровня СК проявляется у испытуемых этой группы в отсутствии основных смыслоразличительных частей предмета; недостаточной полноте образа; стереотипности; искажениях образов.

Анализ индивидуальных профилей испытуемых показал, что процесс СК, как в норме, так и в патологии, характеризуется волнообразностью и динамичностью, и зависит от ряда внутренних и внешних условий деятельности организма. Информация одним и тем же испытуемым может обрабатываться, кодироваться на различных уровнях.

У больных шизофренией нарушен и процесс переработки эмоциогенных стимулов: снижена адекватность восприятия, точность оценки эмоциональных ситуаций. Больные недооценивают эмоции субъекта, неверно их атрибутируют, не могут интегрировать элементы

эмоционального процесса, что может приводить к патологической тактике поведения. У больных шизофренией значимо больше, чем у здоровых подростков ($t = 5,49$; $p \leq 0,01$) формальных, отдаленных ответов, являющихся реакцией не на всю ситуацию в целом, а на ее отдельные детали. Часть больных шизофренией (15,9 % всех ответов) вообще не могут актуализировать образ ситуации, 42,7 % больных актуализируют образ, могут описать причину эмоционального состояния, но очень обобщенно, поверхностно. Остальные подростки (41,4 %) могут указать конкретную адекватную причину эмоционального состояния, но только после дополнительной стимуляции, что свидетельствует о меньшей по сравнению с нормой автоматизированности семантической обработки информации у больных шизофренией.

Показано также наличие значимых корреляций между показателями нарушений познавательной и эмоциональной сфер у испытуемых. Глубина и характер нарушений в познавательной и эмоциональной сферах связаны между собой. Чем тяжелее нарушения в одной из сфер, тем выраженнее они и в другой.

Таким образом, смысловая обработка воспринимаемых стимулов у подростков, больных шизофренией, страдает преимущественно на образном уровне семантического кодирования. В качестве одного из основных факторов, определяющих включение, глубину и характер звена семантической обработки информации, выделяют внимание [Наатанен Р., 1998; Kahneman D., 1973; Mac Kay D.G., 1973; Neisser U., 1967; Shiffrin P.M., Schneider W. 1974]. Психологические исследования подтверждают центральное значение симптомов нарушения внимания в клинике шизофрении и указывают на первичный и фундаментальный характер этого вида психических расстройств [Дормашев Ю.Б., Романов В.Я.,1999; Chapman L.J., Taylor J.A., 1957; Gjerde P.F., 1983; Keitzman M.L., Zubin J., Spring B., 1980; Nuechterlein K.H., Dawson M.E., 1984 и др.].

Полученные данные об ограниченных возможностях и нарушениях переработки информации у больных шизофренией необходимо учитывать при организации психокоррекционной и психотерапевтической работы, целью которой является улучшение способности усваивать информацию (нейтральную и эмоциональную). В работе необходимо соблюдать ряд принципов, а именно: дозирование информационных и эмоциональных нагрузок, их структурирование; эмоциональное подкрепление больных; использование специальных приемов, облегчающих усвоение и адекватную переработку поступающей информации; привлечение собственного «Я».

В целом, специальная работа по формированию образов-представлений у психически здоровых школьников улучшает их успеваемость, устраняет определенные трудности обучения. А работа по оптимизации процесса смысловой переработки информации у подростков, страдающих шизофренией, может способствовать более адекватному восприятию и пониманию окружающего, улучшению их социального поведения, редуцированию клинических симптомов и повышению их адаптационных возможностей.

Жиляева Т.В., Касимова Л.Н., Благонравова А.С., Сергеева А.В.

Генетический полиморфизм обмена фолатов MTHFR677C>T и возраст начала шизофрении

г. Нижний Новгород, ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава РФ

Актуальность: Нарушения обмена фолатов и, в частности, носительство генетических полиморфизмов фолатного цикла в течение последнего десятилетия активно изучаются в отношении этиопатогенеза шизофрении. В ряде работ было показано, что дефицит фолатов, гипергомоцистеинемия, носительство генетического полиморфизма MTHFR677C>T достоверно чаще встречаются среди больных шизофренией, чем в общей популяции [Muntjewerff J.W., 2006, Roffman J.L., 2013].

Более частое носительство дефектного аллеля Т полиморфизма MTHFR677 у больных шизофренией подвергалось всестороннему анализу в отношении различных аспектов заболевания, возраста и пола пациентов и других параметров. Результаты, полученные авторами в разных странах, как правило, противоречивы. Так, в 2010 году в международном исследовании были получены данные о том, что в скандинавской (n = 820) и китайской (n = 243) популяциях носительство Т-аллеля приводит к более раннему началу шизофрении по сравнению с носителями дикого аллеля С, поэтому, по мнению авторов, полиморфизм MTHFRC677T может играть роль фактора-модификатора возраста манифестации заболевания [1]. Однако в дальнейшем та же группа авторов в более масштабном исследовании «северной» популяции, включавшем скандинавскую выборку из прежней работы, получила противоположные результаты: носительство полиморфизма MTHFRC677T не влияет на возраст начала шизофрении [2].

В 2014 египетские исследователи опубликовали свои результаты, согласно которым носительство аллеля Т полиморфизма MTHFRC677T приводит к более раннему началу биполярного расстройства, но не влияет на возраст начала шизофрении [3]. Аналогичных российских исследований в поисковых системах и базах данных обнаружить не удалось.

Ранее было показано [Hare E., 2010], что время манифестации психоза при шизофрении в значительной степени обусловлено генетическими предпосылками. Возраст начала шизофрении зачастую рассматривается как предиктор более тяжелого течения заболевания, так как раннее начало ассоциируется с наиболее выраженными когнитивными, негативными и продуктивными симптомами, а также более явными структурными изменениями головного мозга [Saetre P., 2011]. В связи с этим изучение факторов, влияющих на возраст манифестации шизофрении, в том числе генетических, имеет особую значимость.

Целью данного исследования было изучить взаимосвязь носительства генетического полиморфизма обмена фолатов MTHFR677C>T с возрастом постановки диагноза шизофрении в российской популяции пациентов.

Материал и методы: в 2014-2015 гг. у 150 пациентов с диагнозом шизофрения в стационарах городской клинической психиатрической больницы № 1 г. Нижнего Новгорода и Нижегородской областной психиатрической больницы №3 после письменного информированного согласия были собраны образцы венозной крови. Молекулярная диагностика полиморфизма гена фолатного обмена MTHFR677C>T осуществлялась на базе проблемной научной лаборатории ПЦР-исследований НИИ профилактической медицины НижГМА методом ПЦР с аллель-специфичными праймерами («SNP–экспресс–PB») и последующей детекцией в режиме реального времени. Использовались тест-системы для выделения ДНК из лейкоцитов «ДНК-Экспресс-кровь» и набор для определения мутации 1 метилентетрагидро-фолатредуктазы – MTHFR Ala222Val (C677T) производства НПФ «Литех», г. Москва.

У 144 из обследованных пациентов в результате анализа медицинских карт и сбора катамнестических сведений удалось идентифицировать возраст постановки диагноза шизофрения, у 145 пациентов – возраст первичного обращения к психиатру (выбранные для анализа параметры использовались в приведенных выше работах зарубежных соавторов для оценки времени начала шизофрении [1, 2, 3]). Статистический анализ полученных данных осуществлялся на базе Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. Носительство дефектного аллеля MTHFR677 T выявлено у 77 пациентов из 150 (51,3 %), среди них 11 (7,3 %) гомозиготные носители (MTHFR677TT), 66 (44 %) – гетерозиготные (MTHFR677CT); остальные 73 пациента (48,7 %) были носителями нормального («дикого») аллеля в гомозиготной форме (MTHFR677CC). В обследованной выборке больных шизофрений носительство дефектного аллеля T (51,3 %) наблюдается несколько чаще, чем в общей популяции Центральной России (48,7 %, Бабунова Н.Б., 2004). Однако выводы о более высокой частоте носительства аллеля T у обследованных пациентов с шизофренией можно будет делать только после сравнения с сопоставимой по полу и возрасту выборкой из общей популяции нижегородского региона, что планируется в дальнейшем.

Распределение возраста пациентов по каждому из изучаемых параметров отличалось от нормального (W-критерий Шапиро-Уилка, $p<0,05$), в связи с чем для дальнейшего анализа использовались непараметрические критерии. Во всей изученной выборке возраст первичного обращения к психиатру по любой причине достоверно ниже возраста постановки диагноза шизофрении в среднем на 2,6 года (критерий Манн-Уитни U-Тест, $p = 0,0459$). Возраст постановки диагноза шизофрении у носителей различных генотипов (CC, CT, TT) полиморфизма MTHFR677 достоверно не различается (критерий Крускал-Уоллис, Хи-квадрат = 2,936, $p = 0,2304$). Возраст постановки диагноза шизофрения у гомозиготных носителей дикого аллеля MTHFR677 CC ($n = 71$, $26,5 \pm 8,7$ лет) меньше, чем у гомо- и гетерозиготных носителей дефектного аллеля T ($n = 73$, $30,1 \pm 12,7$ лет), но различия также не достоверны (Mann-Whitney U Test, $Z = –1,29$, $p = 0,197$).

Дополнительно была проанализирована разница в возрасте первичного обращения к психиатру в связи с наличием симптомов любого психического расстройства (не обязательно шизофрении) между группами пациентов-носителей дефектного аллеля T в гомо- (TT) и гетерозиготной (CT) форме ($n=74$, $26,7\pm12,8$ лет) и носителей только нормального аллеля в гомозиготной форме (CC) ($n=71$, $24,8\pm9,3$ лет): достоверных отличий получено не было (Mann-Whitney U Test, $Z=0,46$, $p=0,65$).

Результаты, полученные в исследовании российской выборки больных шизофренией, согласуются с данными зарубежных авторов о том, что носительство аллеля T полиморфизма MTHFR677 C>T не ассоциируется с более ранним началом шизофрении [2, 3]. Эти результаты справедливы как в отношении носительства генотипов данного полиморфизма, так и в отношении носительства дефектного аллеля T.

Выводы. Возраст постановки диагноза шизофрении у российских пациентов достоверно не ассоциирован с носительством дефектного аллеля Т полиморфизма MTHFR677 C>T, а также с носительством генотипов данного полиморфизма. Возраст первичного обращения к психиатру пациентов изучено выборки также значимо не ассоциирован с носительством аллелей полиморфизма MTHFR677C>T. Полученные результаты согласуются с данными зарубежных авторов.

Список литературы

1. Vares M. et al. Association between methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) C677T polymorphism and age of onset in schizophrenia. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2010. 153B(2):6. doi:10–8. 10.1002/ajmg.b.31030

2. Saetre P. et al. Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) C677T polymorphism and age at onset of schizophrenia: No consistent evidence for an association in the nordic population . Am J Med Genet B: Neuropsychiatr Genet. 2012. 159B(8): 981–986. doi:10.1002/ajmg.b.32104

3. El-Hadidy M.A. et al. MTHFR Gene Polymorphism and Age of Onset of Schizophrenia and Bipolar Disorder. BioMed Research International, vol. 2014, Article ID 318483, 2014. doi:10.1155/2014/318483

М.В. Зверева

Прокрастинация как личностный фактор при психической патологии у больных юношеского возраста, имеющих опыт обучения в вузе

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Введение. Прокрастинация – откладывание на потом важных действий, имеет тесную связь с личностью и мотивацией, ряд авторов связывает еес перфекционизмом личности; общей тревожностью; нарушением самооценки личности и собственных ресурсов. Актуальность изучения прокрастинации при психической патологии в юношеском возрасте связана с несколькими причинами. Во-первых, высокая частота встречаемости академической прокрастинации у студентов до 75 % [Tibbett T.P., Ferrari J.R, 2014], во-вторых, наличие связи прокрастинации и стресса, прокрастинации и тревожности, прокрастинации и депрессии, прокрастинации и неэффективных копинг-стратегий

[Sirois F.M., Pychyl T.A., 2002, Н.Н. Карловская, 2009, М.А. Киселева, 2014]. Известно, что манифестация эндогенных психических расстройств часто происходит в юношеском возрасте, что приводит к нарушениям адаптации и функционирования в различных сферах, в том числе образовательной, профессиональной [М.Я. Цуцульковская, 1968, Г.П. Пантелеева, 1999, А.А. Северный, 1987 и др.]. В традициях отечественной патопсихологии – изучение учебной ситуации у студентов с нарушенным психическим здоровьем [Б.В. Зейгарник, 1986, С.Я. Рубинштейн, 1970, Т.С. Кабаченко, 1977 и др.], однако до настоящего времени не анализировались связи прокрастинации, ее современной феноменологии и личности в психопатологии.

Цель исследования. Изучение особенностей связи прокрастинации и личностных параметрову больных юношеского возраста при эндогенной психической патологии.

Материал и методы. Экспериментальную группу составили 54 больных эндогенными психическими заболеваниями (F20.01, F25.0, F31.1, F60.4), находившихся на лечении в ФГБНУ НЦПЗ, в возрасте 18–25 лет. Больные обследовались в относительно стабильном состоянии, на этапе становления ремиссии, ближе к выписке, все они получали индивидуально подобранную медикаментозную терапию. Критерии включения пациентов в исследование: перенесенный первый или второй эндогенный приступ; манифестация первого приступа в период юношеского возраста, опыт обучения в высшем (среднем специальном) учебном заведении. Контрольная группа включала в себя – 61 человек в возрасте 18–25 лет, не имеющие психических заболеваний на момент исследования, студенты средних специальных или высших учебных заведений.

Для проведения данного исследования использован специальный комплекс методик, состоящий из ряда экспериментальных и диагностических психологических методик и опросников, направленных на исследование прокрастинации, агрессии, самооценки.

В диагностический комплекс вошли следующие методики:

1. Опросник «Шкалаоценкипрокрастинации PASS» (The Procrastination Assessment Scale-Students (PASS)
2. Тест фрустрационной устойчивости Розенцвейга
3. Опросник психического благополучия Варвик-Эдинбург.
4. Опросник самоуважения М. Розенберга
5. Самооценка по Дембо-Рубинштейн (с добавлением шкал «самоконтроль», «организованность», «импульсивность», «избегание неудач»).

Результаты. С целью разделения испытуемых на однородные группы по показателям прокрастинации был использован иерархический кластерный анализ, в который включались переменные второй части опросника «Шкала оценки прокрастинации PASS»: «Социальная тревожность», «Лень», «Вызов», «Плохой перфекционизм». Кластерный анализ проводился методом внутригрупповых связей на основе квадрата евклидового расстояния непреобразованных значений переменных. Оценка конечного числа кластеров основывалась на визуальном анализе построенной дендрограммы и изменении коэффициента агломерации.

Наиболее удачным оказалось разделение экспериментальной и контрольной выборок на два кластера. Кластер 1 в контрольной группе содержит 45 испытуемых, у которых значения по параметрам опросника «шкала оценки прокрастинации PASS» высокие. Кластер 2 в контрольной группе содержит 16 испытуемых, значения которых по параметрам опросника – низкие. В экспериментальной группе кластер 1 включает 41 испытуемого, значения которых по параметрам опросника низкие. Кластер 2 содержит 13 испытуемых экспериментальной группы, значения которых по опроснику – высокие.

Для проверки гипотезы о наличии связей между параметрами прокрастинации, параметрами агрессии и самооценкой, был проведен корреляционный анализ во всех группах (коэффициент корреляции Пирсона). Получено значительное количество корреляционных плеяд. При дальнейшем анализе были исключены корреляционные связи, значения которых по модулю были ниже 0,300.Для определения структурных связей причин прокрастинации с другими анализируемыми параметрами был использован множественный регрессионный анализ (МРА). Зависимыми переменными выступили параметры опросника «Шкала оценки прокрастинации PASS»: частота прокрастинации (первая часть опросника), «социальная тревожность», «лень», «вызов», «плохой перфекционизм» (вторая часть опросника), «самоконтроль», «организованность», «импульсивность», «избегание неудач» (третья часть опросника). Предикторами были значимые корреляционные плеяды для каждого из параметров опросника «Шкала оценки прокрастинации PASS».

Для кластера 1 с высокими значениями в контрольной группе получено 7 значимых многофакторных моделей. Важно отметить, что все три части опросника «шкала оценки прокрастинации PASS» обнаружили значимые модели. Самой значимой для этого кластера контрольной группы оказалась модель «Плохой перфекционизм». Данная модель объясняет 35,8 % выборки и в нее входят следующие социальные

и личностные параметры: «самоуважение», «ум (реальная и идеальная оценка)», «характер (идеальная оценка)» и «самоконтроль (идеальная оценка)». Все предикторы в модели имеют коэффициент β с отрицательным значением, из этого следует, что при увеличении значений всех предикторов, плохой перфекционизмпри прокрастинации будет снижаться. Для кластера 2 с низкими значениями в контрольной группе получено существенно меньшее количество значимых моделей – 3, нотакже включены все три части опросника. В отличие от кластера 1, где все модели являлись многофакторными, в кластере 2 они одно- или двухфакторные. Наиболее высокий процент объясняемой дисперсии у модели «Вызов» – 45,5 %, в нее входят предикторы: «степень агрессивности, направленной вовне» (с положительным β-коэффициентом) и «здоровье (реальная оценка)» (с отрицательным β-коэффициентом). Таким образом, при увеличении агрессивности, направленной вовне и снижении реального показателя здоровья можно ожидать увеличения прокрастинации по причине «Вызов».

Для кластера 1 экспериментальной группы с низкими значениями получено 7 моделей. В отличие от аналогичного кластера контрольной группы (с низкими значениями) количество моделей больше и включает в себя все три части опросника «шкала оценки прокрастинации PASS», однако, так же как и в контрольной выборке – все модели в основном однофакторные, только одна модель многофакторная – «самоконтроль». Наибольший процент объясняемой дисперсии имеет модель «избегание неудач» – 34,9 %. В модель входит только предиктор «избегание неудач (реальная оценка)» с положительным β-коэффициентом. В данной модели наблюдается согласование результатов по опроснику прокрастинации и по данным личностной методики на самооценку, чего нет в кластерах контрольной группы.

Кластер 2 экспериментальной группы с высокими значениями имеет меньшее количество моделей – 4, в которые включены не все части опросника, не вошел параметр «частота прокрастинации». Представленные проценты объясняемой дисперсии для всех моделей этого кластера, в сравнении с контрольной группой и кластером 1 экспериментальной группы, имеют высокие значения. Самый высокий процент объясняемой дисперсии имеет модель «самоконтроль» – 75 %. В модель вошли следующие предикторы: «ум (реальная оценка)» и «импульсивность (идеальная оценка)» – оба предиктора имеют положительные β-коэффициенты. Отмечается парадоксальность модели: увеличение импульсивности и показателей ума приводит к улучшению показателя самоконтроль.

Выводы. Изучение прокрастинации как личностного фактора в норме и при психической патологии, являющееся целью работы, показывает наличие связей данной феноменологии как с социальными аспектами, социальной направленностью личности, так и собственно с личностными особенностями. Анализируя только наиболее значимые модели, которые имеют большой процент объясняемой дисперсии, можно сделать вывод о наличии различных внутренних механизмов, которые лежат в основе феномена прокрастинации в норме и при психической патологии. В нормативной контрольной группе обоих кластеров большинство моделей многомерные, включают гармоничное сочетание социальных и личностных пластов, гармоничная связь параметров опросника PASS и показателей применяемых личностных методик. В экспериментальной группе имеется своеобразие полученных моделей как по характеристике «Одномерность-многомерность» (больше одномерных), так и по параметру психологически понятных связей, и своеобразия сочетания социального и личностного пластов феноменологии прокрастинации.

Зиновьев С.В., Добровольская А.Е., Тявокина Е.Ю.

Умственная отсталость, коморбидная с психической патологией

г. Санкт-Петербург, ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

К настоящему времени изучению умственной отсталости, ассоциированной с регулярным употреблением психоактивных веществ (ПАВ), посвящены лишь единичные публикации как в отечественных, так и в зарубежных источниках. При этом, по нашим данным, больные умственной отсталостью составляют более 10 % от всех наблюдаемых амбулаторной психиатрической сетью пациентов. То есть данная величина сопоставима с контингентами страдающих невротической патологией и расстройствами личности. Регулярно употребляют ПАВ более 10 % больных данной группы, это сопоставимо с распространенностью аддиктивной патологии среди больных с расстройствами шизофренического спектра и выше, чем при аффективно-невротической патологии. Большинство больных умственной отсталостью попадают в поле зрения психиатров в детским и юношеском возрасте, чрезвычайно уязвимом с точки зрения негативных последствий регулярного

употребления ПАВ (влияние на мотивацию, социальное поведение, получение трудовых навыков).

Для улучшения специализированной помощи данной группе больных клинико-психопатологическим и клинико-анамнестичским методами были обследованы 30 амбулаторных пациентов с верифицированным диагнозом умственной отсталости, одновременно обнаруживающих признаки расстройств из группы F1 (употребление ПАВ с вредными последствиями и синдром зависимости). Всего были обследованы 21 юноша и 9 девушек в возрасте от 18 до 25 лет, средний возраст пациентов составил 21,8±3,4 года.

Целью работы было выявление типичных клинико-динамических особенностей умственной отсталости, коморбидной с регулярным употреблением ПАВ. При этом изучались клиника и течение ведущих симптомокомплексов, особенности употребления ПАВ данной группой пациентов, частота и длительность госпитализаций, социальная адаптация больных.

Прежде всего обращала на себя внимание высокая частота наследственной отягощенности алкоголизмом у больных данной группы (по отцовской линии – 66,7 %, по материнской – 50,0 %). Треть пациентов воспитывались учреждениях социального обеспечения, столько же – в неполных семьях. У всех больных в подростковом возрасте отмечались грубые нарушения поведения (кражи, хулиганство, вандализм, побеги), 76,7 % из них имели проблемы с законом еще до наступления совершеннолетия. Жертвами преступлений (в первую очередь избиения) на момент осмотра становились 16,7 % больных, несчастные случаи (автотравмы, бытовые травмы) были в анамнезе у каждого пятого пациента. Личностный тип согласно проведенным психологическим исследованиям и данным анамнеза характеризовался преобладанием возбудимых и диссоциальных черт (53,3 и 50,0 %).

Во многом вследствие этого всего лишь 6,7 % больных смогли получить профессию. Не учились и не работали на момент осмотра 80,0 % пациентов. Половина пациентов проживали одиноко, 60,0 % – в коммунальных квартирах, 13,3 % являлись лицами БОМЖ.

Половина больных на момент осмотра являлись инвалидами по психоМСЭК. У 46,7 % пациентов к совершеннолетию имелись в анамнезе черепно-мозговые травмы. Тяжелые инфекционные заболевания (туберкулез, гепатиты, кишечные инфекции) переносили 43,3 % обследованных. Венерические заболевания (в том числе сифилис и ВИЧ) были отмечены у 20,0 % обследованных. Средний уровень интеллектуального развития (22 больных были обследованы по методике Векслера)

составлял 72,1 балла. Преобладали случаи легкой умственной отсталости (90,0 %).

Ведущим позитивным психопатологическим синдромом на всем длиннике болезни был психопатоподобный – 76,7 %. Речь идет в первую очередь о расстройствах «возбудимого круга», с импульсивностью поведения, расторможенностью влечений и быстрой десоциализацией. Не менее 10 % больных за время наблюдения переносили психотические состояния. Обычно речь шла о кратковременных психозах интоксикационной этиологии с обилием зрительных и отдельными слуховыми обманами восприятия, персекуторным бредом примитивной фабулы, иллюзиями и психомоторным возбуждением.

Не менее чем у каждого десятого пациента отмечалось суицидное поведение. Оно проявлялось по преимуществу в состоянии интоксикации (аффективно суженного сознания), при наличии не всегда масштабных психотравмирующих переживаний (ссоры, страх наказания, желание отомстить). Собственная социальная дезадаптация при этом оставалась вне поля сознания пациентов, идей собственной малоценности выявить также не удавалось. Суицидные попытки обычно осуществлялись путем нанесения самопорезов предплечий, при нарастании интоксикации интенсивность суицидного поведения уменьшалась.

В отношении динамики выраженности негативных психопатологических расстройств (в отечественном понимании данных терминов) при регулярном употреблении ПАВ обычно имела место смена дисгармонизации личности проявлениями личностного регресса. Это совпадало во времени с нарастанием десоциализации, асоциального и антисоциального поведения, выраженным морально-этическим снижением, безразличием ко всему кроме употребления ПАВ. Соответственно возрастало количество полученных черепно-мозговых травм и перенесенных тяжелых инфекций, случаев венерических заболеваний. Формы опьянения все чаще становились амнестическими, у 10,0 % пациентов отмечались судорожные приступы в состоянии абстиненции.

Употребление алкоголя с вредными последствиями было диагностировано у 26,7 % больных, со сформированной зависимостью – у 23,3 %, полисубстантное употребление с вредными последствиями – у 50,0 %. Последнее обычно включало употребление ингалянтов и курительных смесей («спайсов») в сочетании с алкоголем, изредка – с каннабиноидами и антихолинергическими средствами. Доминировала групповая форма употребления ПАВ в асоциальных компаниях сверстников или более старших лиц (83,3 % случаев) без четко

очерченного ритма. Одиночное употребление происходило редко, в основном – при курении наркосодержащих смесей.

В 83,3 % от всех наблюдений преобладали психопатоподобные картины опьянения. Фон настроения при этом был ближе к дисфории (злобно-тоскливым), чем к эйфории в ее классическом понимании. Усиливались импульсивность поведения, черты вандализма и агрессии. В таком состоянии многие пациенты нарушали рамки закона (кражи, грабежи, нанесение телесных повреждений). Имела место взаимная индукция друг друга подобными переживаниями. Клиника абстинентного синдрома характеризовалась в первую очередь усилением раздражительности, усиливающимся влечением к ПАВ, вербальной агрессией.

Среднее количество госпитализаций равнялось 0,42 в год при средней длительности 29,5 дней. Ни разу не стационировались 30,0 % больных. У 6,7 % пациентов отмечались явления госпитализма. Большую часть времени они проводили в различных стационарах, особенно в холодное время года. Выписавшись, обычно сразу возобновляли массивную алкоголизацию и вскоре вновь поступали в стационары в состоянии физического истощения, обнищания, ухудшения соматического статуса, с телесными повреждениями.

Все перечисленные особенности указывают на то, что больные умственной отсталостью с коморбидной аддиктивной патологией являются отдельной, трудной для курации группой пациентов с неблагоприятным клиническим и социальным прогнозом и требуют отдельного лечебно-реабилитационного подхода с акцентом на купирование психопатоподобных расстройств и комплексом мер по ресоциализации, начиная с подросткового возраста.

Зозуля С.А., Омельченко М.А., Сарманова З.В., Андросова Л.В., Отман И.Н., Дупин А.М., Каледа В.Г., Клюшник Т.П.

Воспалительные маркеры в оценке риска развития манифестного психоза у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

В настоящее время большое внимание исследователей привлечено к доманифестным этапам развития психических заболеваний, а также кпоискувозможных предикторов для оценки риска развития манифестного психоза.

Согласно современным представлениям о нейро-иммунных взаимодействиях, воспаление как составляющая врожденного иммунитета, рассматривается в качестве одного из патогенетических механизмов развития эндогенных психозов. Результатысобственных исследований показали, что некоторые воспалительные факторы, выявляемые в периферической крови больных с различными эндогенными психическими заболеваниями, взаимосвязаны с остротой и тяжестью текущего патологического процесса в мозге и нередко опережаютизменение клинического состояния пациента [Зозуля С.А. с соавт., 2011, Клюшник Т.П. с соавт., 2014].

В связи с этим, особую актуальность представляет исследование возможности использования этих иммунологических показателей в качестве дополнительного критерия для выявления групп повышенного риска развития манифестного психоза у пациентов с непсихотическими формами психических расстройств с целью своевременного назначения превентивной терапии.

Цель исследования: изучение активности воспалительных факторов – лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и а1-протеиназного ингибитора (а1-ПИ) у пациентов с непсихотическими формами психических расстройств во взаимосвязи с изменением клинического состояния в ходе проводимой терапии для возможного использования их в качестве предикторов развития психоза.

Материалы и методы. Было обследовано 49 больных юношеского возраста (16–25 лет) с непсихотическими психическими расстройствами. Все пациенты были подразделены на 3 группы: 1 группа (n=19) – расстройства настроения (по МКБ-10 F31.3, F31.4, F32, F33 (кроме F33.3), F34); 2 группа (n=17) – расстройства личности (F60), 3 группа (n=13) – шизотипическое расстройство (F21). Группу сравнения составили 124 пациента юношеского возраста (17,8±1,8 лет) с острым манифестным приступом. Контрольная группа состояла из 30 психически и соматически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту с группой больных.

Для психопатологической оценки пациентов использовали: шкалу SOPS (для выявления скрытой или кратковременной шизофреноподобной симптоматики); шкалу Гамильтона HDRS (для оценки выявления депрессивных симптомов); шкалу PSP (для определения общего уровня социального функционирования по четырем основным сферам). Клиническая оценка манифестных больных проводилась с помощью шкалы PANSS.

Активность ЛЭ определяли энзиматическим методом; функциональную активность α1-ПИ – спектрофотометрическим методом.

Обработку полученных результатов проводили с использованием программы Statistica-7.

Клинико-иммунологическое обследование проводили дважды: при поступлении в стационар (1-я точка) и на этапе редукции психопатологических расстройств после проведенного курса терапии (2-я точка).

Результаты и обсуждение. Показано, что при поступлении в стационар у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами выявлена активация воспалительных реакций (по активности ЛЭ и α1-ПИ) в сыворотке крови. При этом повышение активности ЛЭ и функциональной активности α1-ПИ по сравнению с контролем характерно не только для пациентов из группы с манифестным психозом, но и для пациентов с расстройствами непсихотического уровня ($p<0,001$). Вместе с тем, активность ЛЭ в группе пациентов с манифестным психозом достоверно выше по сравнению с группой пациентов с расстройствами непсихотического уровня ($p<0,001$).

Не выявлено достоверных различий по показателям активности ЛЭ и α_1-ПИ между подгруппами пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, выделенными по клиническим признакам. Не выявлено значимых корреляций между активностью ЛЭ, α_1-ПИ и оценкой психопатологической симптоматики по шкалам SOPS или PANSS как для группы пациентов с непсихотическими расстройствами, так и для группы пациентов с манифестными психозами.

Дальнейший анализ показал, что в выделенных по клиническим признакам подгруппах пациентов наблюдается значительный разброс иммунологических показателей. В связи с этимвсе пациенты были разделены на 3 подгруппы в зависимости от величины иммунологических показателей: 1-я подгруппа пациентов (16 % от общей группы) – с «нормальными» значениями иммунологических показателей; 2-я подгруппа пациентов (35 % от общей группы) – с умеренным повышением иммунологических показателей; 3-я подгруппа пациентов (49 % от общей группы) – с выраженным повышением иммунологических показателей.

При исследовании клинико-биологических взаимосвязей в выделенных подгруппах были выявлены значимые корреляции: между активностью ЛЭ и выраженностью депрессивной симптоматики по шкале HDRS ($r = 0,64$, $p = 0,009$) – для пациентов с умеренным повышением иммунологических показателей (2-я иммунологическая подгруппа); между активностью ЛЭ и значениями по субшкале общих симптомов SOPS ($r = 0,47$, $p = 0,02$), функциональной активностью α_1-ПИ и значениями по позитивной субшкале SOPS ($r = –0,61$, $p = 0,002$)

и суммарным баллом по шкале SOPS (r = –0,43, p = 0,04) – для пациентов с высокими иммунологическими показателями (3-я иммунологическая подгруппа).

В связи с тем, что, как было показано ранее, ЛЭ отражает степень активности текущего патологического процесса в мозге, можно предположить, что пациенты, имеющие высокие значения этого показателя, на момент поступления в стационар могут быть отнесены к группе риска развития психотического приступа.

Повторное обследование, проведенное при выписке пациентов (2-я точка), выявило в группе пациентов с непсихотическими психическими расстройствами статистически значимое ($p<0,05$) уменьшение баллов по всей шкале SOPS в целом, по каждой из ее подшкал, а также по шкале HDRS, что указывало на улучшение психического состояния пациентов. В этой группе пациентов наблюдалось также достоверное снижение средних показателей активности ЛЭ по сравнению с 1-й точкой (p = 0,004).

Дальнейший анализ показал, что по результатам обследования во 2-й точке общая группа пациентовмогла быть подразделена на две подгруппы в зависимости от показателей динамики иммунологических показателей: у большинства пациентов (80 % от общей группы) наблюдалось достоверное снижение активности ЛЭ и приближение ее к нормальным значениям (p = 0,007). У остальных 20 % пациентов наблюдалось дальнейшее повышение активности ЛЭ по сравнению с 1-й точкой (p = 0,005). Предположительно, в этих случаях, несмотря на улучшение клинических показателей при выписке, речь, вероятно, может идти лишь о терапевтической ремиссии низкого качества, а не о затухании патологического процесса в мозге, в связи с чем, эти пациенты, вероятно, могут быть выделены в группу риска развития манифестного психоза.

Таким образом, наличие повышенного уровня воспалительных маркеровв крови пациентов с непсихотическими психическими расстройствами при выписке может обосновывать необходимость их последующего наблюдения и сохранение адекватной превентивной терапии для профилактики развития психотического приступа.

Выводы. Полученные результаты и выявленные клинико-биологические корреляции свидетельствуют, что воспалительные маркеры (лейкоцитарная эластаза и a1-протеиназный ингибитор) вовлечены в патофизиологию непсихотических психических расстройств и могут использоваться в качестве возможных предикторов манифестации психоза.

Список литературы

1. Зозуля С.А., Сиряченко Т.М., Каледа В.Г, Дупин А.М., Омельченко М.А., Отман И.Н., Клюшник Т.П. Особенности состояния иммунной системы при эндогенных психических заболеваниях с маниакальным и депрессивным аффектом. Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011, т.111, №12, 63-67.
2. Клюшник Т.П., Зозуля С.А, Андросова Л.В., Сарманова З.В., Отман И.Н., Дупин А.М., Пантелеева Г.П., Олейчик И.В., Абрамова Л.И., Столярова С.А., Шипилова Е.С., Борисова О.А. «Иммунологический мониторинг эндогенных приступообразных психозов». Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014, № 2, С. 31–35.

Казанцева Э.Л.

Особенности фобических расстройств в подростковом возрасте

г. Москва, Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И.Пирогова

Цель исследования. Целью работы являлось определение типичных условий возникновения, возрастных и нозологических особенностей, психопатологии и динамики фобий у подростков с совершенствованием на этой основе прогноза фобических расстройств.

Материалы и методы исследования. Обследованы 34 пациента с фобическими нарушениями в возрасте от 12 до 17 лет, находившиеся на стационарном лечении в научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков. Все больные наблюдались динамически, в течение всего срока госпитализации. Основным критерием отбора больных являлось наличие фобий и их ведущее положение в клинической картине заболевания.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический (длительность катамнеза – от одного года до 3 лет), экспериментально-психологический (патохарактерологический диагностический опросник [Н.Я. Иванов, А.Е. Личко, 1981], методика изучения опосредованного запоминания (пиктограмма) [С.Я. Рубинштейн, 1970; И.А. Полищук, А.Е. Видренко, 1979]. У 40,8 % больных использовался скрининг-опросник по ипохондрии или «индекс Уайтли» [I. Pilowsky, 1967].

Всем больным проводилось соматическое и неврологическое обследование, исследование глазного дна. Из результатов параклинических методов в работе учитывались данные электроэнцефалографии, эхоэнцефалографии, рентгенологического исследования черепа.

Результаты и их обсуждение. Для выявления условий развития фобических расстройств у подростков были рассмотрены следующие параметры: наследственная отягощенность, преморбидные личностные особенности больных, неблагоприятные изменения биологической и социально-психологической «почвы», дополнительные острые вредности, непосредственно предшествовавшие манифестации фобических нарушений.

Фобические расстройства у подростков в подавляющем большинстве случаев развиваются на измененной биологической и/или социально-психологической «почве», непосредственно после дополнительных острых ситуационных или соматических вредностей. Среди стойких патобиологических изменений преобладают резидуальная церебрально-органическая симптоматика, преимущественно связанная с патологией беременности и родов, и вегетативно-сосудистая дистония. Изменения социально-психологической «почвы» выражаются в длительных и неустранимых травмирующих ситуациях и неправильном воспитании. Выявлена определенная конституционально-личностная предуготованность фобий и их связь с тревожно-мнительными чертами личности.

У подростков возникают все клинические варианты фобических расстройств, выделенные в самостоятельные рубрики в МКБ-10: специфические фобии, паническое расстройство, ипохондрические фобии, социальные фобии, агорафобия. При начале в пубертатном периоде фобические расстройства имеют завершенный вид, преобладают нозофобии, социальные фобии и агорафобия. Среди нозофобий наиболее типичной для подростков была кардиофобия. Выявлены сифило-, СПИДО- и канцерофобия, страх заболеть чумой, столбняком, страх отравиться пищей. У большинства подростков ипохондрическим фобиям были свойственны сознание их болезненности и попытки избавиться от них. На ранних этапах для некоторых больных была характерна активная борьба со страхами. Страхи сопровождались как прямыми защитными действиями, так и ритуалами.

У подростков с социальными фобиями наряду со страхами выступлений перед аудиторией, развивались страхи оказаться непринятыми окружением (друзьями, одноклассниками), проявить несостоятельность

при общении со сверстниками, страх общения с незнакомыми или малознакомыми людьми. Фобии концентрировались вокруг предполагаемого физического или психического недостатка, мнимой неспособности быть интересным окружающим. Отмечалась повышенная озабоченность критикой в свой адрес. Страхи сопровождались пониманием их болезненности и попытками борьбы с ними, т.е. носили преимущественно навязчивый характер. Типичным было полное или частичное избегание пугающих ситуаций. У некоторых больных дополнительное воздействие острых травмирующих ситуаций приводило к усилению страха, который сопровождался «реакциями отказа» от посещения школы и ответов у доски, уклонением от общения со сверстниками, появлением рвоты в ожидании пугающей ситуации. Наступали выраженная школьная дезадаптация и постепенно – устойчивое сужение круга общения.

Агорафобия проявлялась страхом выхода из дома, транспортными фобиями, страхом замкнутого пространства. Агорафобия имела в своей основе ипохондрические страхи, приуроченные к ситуациям, в которых затруднен доступ к безопасному месту. Ипохондрический страх впервые возникал в рамках панических атак. Панические атаки сопровождались тягостными, полиморфными патологическими ощущениями. Разработанность фабулы ипохондрических страхов, возникавших в структуре панических атак, была различной: от витального страха смерти без осознания ее возможной причины до конкретных страхов: кардиофобия, страх смерти от удушья, страх сумасшествия. У большинства больных с агорафобией (61,5 %) отсутствовала критика к страхам и борьба с ними, что свидетельствовало о сверхценном характере фобических переживаний. Меньшая часть больных (38,5 %) понимали необоснованность страхов, предпринимали попытки их преодоления, степень избегания фобических ситуаций у них была минимальной, что свидетельствовало о навязчивом характере агорафобии. Большинство больных с агорафобией (84,6 %) частично или полностью избегали пугающих ситуаций. В ряде случаев избегание доходило до полной «прикованности» к дому. Более половины больных (53,8 %) использовали сопровождающего при выходе из дома или в поездках. Некоторые больные выбирали определенное время поездок, определенные маршруты; другие совершали малоуспешные попытки активного преодоления страхов.

Выявлены психопатологические радикалы, имеющие высокую или значительную степень коморбидности с фобическим синдрмом: субдепрессивный (тревожные депрессии дистимического уровня),

астенический, обсессивно-компульсивный (навязчивые действия, в том числе и ритуалы), истеро-конверсионный, психопатоподобный (изменения личности преимущественно тревожно-мнительного типа).

Установлены следующие варианты динамики фобий у подростков: рецидивирующая без тенденции к прогрессированию и с тенденцией к прогрессированию; непрерывно-волнообразная без тенденции к прогрессированию и с тенденцией к прогрессированию; регредиентная. Прогрессирование фобий выражается в следующем: 1) генерализация фобий – перерастание монофобии в поли-, а в дальнейшем – иногда и в панфобию; 2) трансформация начального овладевающего страха в навязчивые фобии, далее в сверхценные, а в редких случаях – и в бредоподобные; 3) нарастание степени уклонения от фобических ситуаций; 4) усложнение мер защиты от фобий; 5) присоединение и усложнение коморбидной психопатологической симптоматики; 6) усиление тревожно-мнительных свойств личности; 7) углубление школьной и семейной дезадаптации, обусловленной фобиями.

Фобические расстройства у подростков в одних случаях имеют невротическую природу, а в других развиваются в рамках шизотипического расстройства. При невротических фобических расстройствах выявляются хронологические и содержательные связи со стрессовой ситуацией. Страхи в большинстве случаев носят навязчивый, а не сверхценный характер. Защитные действия «спаяны» со страхами, составляют с ними единое целое. Социальная дезадаптация при невротических фобиях парциальна и коррелирует с ними по тяжести. У большинства больных шизотипическим расстройством фобии обладают значительным клиническим сходством с невротическими страхами. Клинические особенности фобий, указывающие на их шизотипическое происхождение, выявляются у меньшей части больных шизотипическим расстройством. Фобическая симптоматика у них представлена в основном сверхценными, а не навязчивыми, страхами. Фобии чаще носят беспредметный характер, быстро генерализуются, «обрастают» идеаторными навязчивостями (близкими к психическим автоматизмам) и ритуалами, сопровождаются более глубокой школьной и семейной дезадаптацией.

Выводы. Прогностически менее благоприятные признаки прогрессирования фобических расстройств в подростковом возрасте: длительные психотравмирующие ситуации или отклонения в системе воспитания, наличие поли- и панфобий, преморбидные шизоидные черты, сверхценный характер фобий.

Стационарное лечение, сочетающее психотерапию (поведенческую, когнитивную, суггестивную, игровую, арт-терапию и элементы семейной психотерапии) и фармакотерапию (антидепрессантами, транквилизаторами и нейролептиками) приводит к значительному улучшению или улучшению у 2/3 больных с фобическими расстройствами. В ближайшие 6–12 месяцев после выписки из стационара, усиление, возобновление или появление новых фобий наступает относительно редко, преимущественно у больных шизотипическим расстройством после прекращения приема поддерживающей терапии.

Кобзова М.П.

Исследование личностных особенностей и межличностных отношений у юношей с шизотипическим расстройством, заболевших в подростковом возрасте

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Шизотипические расстройства (шифр F21.x по МКБ-10), относятся к разделу «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства». Как показывают отечественные и зарубежные исследования [Борисова Д.Ю. 2007, Головина А.Г., 1999, Критская В.П., Мелешко Т.К., 2007, Поляков Ю.Ф., 1982, Green M.F., 2008, Raine A., 1991], для лиц с шизотипическим расстройством (ШТР) характерны особенности личностной и когнитивной сферы, а также нарушения социального взаимодействия с семейным окружением, с коллегами по работе и учебе. Известно, что риск развития заболеваний шизофренического спектра приходится на юношеский возраст. Заболевание, часто дебютировавшее в подростковом возрасте, продолжается и на последующей возрастной стадии развития, поэтому крайне важным является изучение в динамике личностных особенностей и адаптационных возможностей у пациентов с ШТР.

Цель исследования – изучение особенностей личностной сферы и межличностных отношений у юношей с шизотипическим расстройством, заболевших в подростковом возрасте.

Материалы и методы. Было обследовано 13 пациентов мужского пола, больных шизотипическим расстройством в возрасте 17–28 лет, с началом заболевания в подростковом возрасте (12–14 лет) и проходивших лечение в 4 отделении НЦПЗ РАМН в 2009–2012 году. Больные

были диагностированы и консультированы научными сотрудниками юношеского отделения: профессором М.Я. Цуцульковской и врачом-психиатром О.А. Щелоковой.

Для изучения личностных характеристик и особенностей социального взаимодействия применялись методики «Незаконченные предложения», «Личностный дифференциал», «Тест оценки социальных навыков Гольдштейна», методика для изучения показателей и форм агрессии Басса и Дарки.

Результаты и обсуждение. По данным методики «Незаконченные предложения» у исследованной группы юношей с ШТР выявилось выраженное чувство вины. Также было показано, что пациенты негативно относятся к семье в целом, и, особенно, к отцу, при этом они давали положительную оценку своим отношениям с матерью. Сходные данные были получены Н.О. Николаевой и др. (2014), где респонденты из групп практической нормы, получившие высокие баллы по шизотипическому опроснику (SPQ) также негативно относились к отцу. Достаточно высокие показатели были получены в рубрике «отношение к друзьям», что показывает положительное отношение к друзьям и то, что для пациентов очень важно общение с ними. Следует отметить, что пациенты оценивают свои социальные навыки ниже, чем социальные навыки сверстников (тест на оценку социальных навыков), что указывает на их критическое отношение к себе. Результаты методики Басса-Дарки показывают, что у 40 % испытуемых значительно выражены показатели «чувство вины», а также «косвенная агрессия». По данным методики «Личностный дифференциал» испытуемые показали низкий уровень по параметрам – «сила», «активность», «оценка» (–0,5; 0,2; 7 баллов соответственно), тогда как у здоровых испытуемых значения этого параметра от 8 до 16 балов. Это может свидетельствовать о полезависимости, астенизации, тревожности, интровертированности, ощущении малоценности своей личности, неудовлетворенности своими достижениями и, в целом, о довольно низкой социальной адаптации. Действительно, как было показано в работе В.П. Критской и др. (2007), полезависимые, подростки с шизотипическим расстройством (15–17 лет), были хуже социально адаптированы, чем поленезависимые подростки.

Таким образом, у юношей с шизотипическим расстройством, заболевших в подростковом возрасте, сохраняются особенности мотивационно-личностной сферы, а также своеобразие взаимодействия с окружающими, что требует определенного психологического сопровождения уже в подростковом возрасте.

Выводы:

1. Юноши с шизотипическим расстройством имеют высокий уровень косвенной агрессии и повышенное чувство вины, сниженные показатели энергетического потенциала.

2. Показано, что пациенты юношеского возраста с шизотипическим расстройством достаточно критично относятся к своим социальным навыкам, негативно относятся к отцу и положительно к матери и друзьям.

3. Реабилитационные программы (тренинги социальных навыков, когнитивную психотерапию) нужно использовать с учетом их личностного профиля и особенностей их социального взаимодействия с окружающими.

Список литературы

1. Кобзова М.П. Когнитивные и личностные особенности у юношей с шизотипическим расстройством, заболевших в подростковом возрасте: автореф. дис. … канд. психол. наук. – СПб., 2014. – 24 с.

2. Критская В.П., Мелешко Т.К., Борисова Д.Ю. Прогностические критерии социально-трудовой адаптации подростков с формирующимися шизоидными расстройствами личности (патопсихологические исследования) // Психиатрия. – 2007. – № 3. – С. 34–39.

3. Николаева Н.О., Пенкина М.Ю., Горбачевская Н.Л. Связь личностных особенностей и показателей ЭЭГ девушек 18–20 лет с их оценками стилей родительского воспитания // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5.

Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В., Хромов А.И.

Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков с эндогенной психической патологией

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Проблема когнитивного дефицита при расстройствах шизофренического спектра интенсивно исследуется в последние десятилетия преимущественно на взрослых больных. Меньшее внимание уделяется этой проблеме в детской и подростковой клинике. Имеются отдельные работы, показывающие наличие разных видов когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра [Коваль-Зайцев А.А.,

2010]; описывающие динамику когнитивного развития детей и подростков с эндогенной психической патологией [Хромов А.И., 2012] и органической патологией ЦНС [Лассан Л.П., 2010]. Малоисследованным остается вопрос о нозологической специфике когнитивного дефицита.

Цели исследования: выявить нозологическую специфику дефицитов познавательных процессов, наиболее выраженных у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Выборки испытуемых. Исследование проводилось на базе детского стационара ФГБНУ «НЦПЗ» и включало 227 больных в возрасте от 7 до 16 лет (средний возраст – 12,5 ± 2,4 лет). Из них 157 мальчиков. Диагнозы: шизофрения, детский тип (ШДТ); шизотипическое расстройство (ШТР); другие формы шизофрении (ДФШ).

Дизайн исследования. Выраженность когнитивного дефицита больных оценивалась с помощью патопсихологических методик (произвольная память – «10 слов», произвольная внимание – «таблицы Шульте», мышление – «конструирование объектов»). Результаты их выполнения после сравнения с нормативными данными были переведены в z-шкалы, которые использовались в качестве показателей выраженности когнитивного дефицита. Значения z-шкал были получены как разность показателя больного с нормативным средним, отнесенным к нормативному стандартному отклонению. Z-шкалы вычислялись индивидуально для каждого больного с учетом его возраста с точностью до 1 года: чем меньше полученное z-значение, тем больше дефицит. Дефицитарным считался показатель $z < -1$. Такой подход позволил сравнивать испытуемых разного возраста между собой по уровню когнитивного дефицита.

Результаты исследования. Была обнаружена нозологическая специфика когнитивного дефицита, которая проявлялась в следующем. Больным ШДТ в наибольшей степени свойственен дефицит сразу нескольких познавательных процессов: памяти, внимания и мышления (24 %), памяти и мышления (16 %), памяти и внимания (16 %); при этом доля больных, не имеющих дефицитарных показателей (близких к возрастной норме) составила лишь 6 %.

У больных другими формами шизофрении в первую очередь страдают сферы внимания и мышления: дефицит внимания – 28 %, дефицит мышления – 18 %, дефицит внимания и мышления – 21 %. Доля больных ДФШ с близкими к возрастной норме показателями составила 5 %.

У больных ШТР картина когнитивного дефицита в целом сглаженная. Выраженная дефицитарность отмечалась лишь в сфере внимания

(24 %). При этом доля больных ШТР с близкими к возрастной норме показателями составила 16 %.

Обсуждение и выводы. Таким образом, можно предполагать, что принадлежность детей и подростков к той или иной форме эндогенной психической патологии обуславливает специфическую картину когнитивного дефицита. Выраженная дефицитарность сразу всех исследованных познавательных процессов у больных детской формой шизофрении, по-видимому, связана с формирующимся/уже сформированным когнитивным дефектом. Состояние когнитивной сферы больных шизотипическим расстройством ближе к нормативному, при этом сохраняется дефицитарность внимания. Больные другими формами шизофрении занимают промежуточное положение за счет дефицита внимания и мышления.

Затронутая проблема нуждается в дальнейшем более подробном изучении с включением дополнительных параметров оценки состояния когнитивной сферы, увеличением выборки испытуемых, использования более строгих критериев оценки выраженности когнитивного дефицита.

Корень Е.В., Куприянова Т.А., Коваленко Ю.Б., Масихина С.Н., Марченко А.М., Дробинская А.О., Трайнина Е.А.

Современные подходы к психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами

г. Москва, Московский научно-исследовательский институт психиатрии, филиал ФМИЦПН Минздрава России

Поступательное развитие психосоциальной реабилитации как самостоятельной стратегии помощи, диктуемое современными требованиями к качеству лечебно-реабилитационных мероприятий, несколько отстает по темпу применительно к детской практике, что объясняется как прямым переносом методологических подходов, разработанных для взрослых больных, абортивным и преимущественно эмпирическим характером вмешательств с недостаточно доказанной эффективностью, включая опосредованный характер, фрагментарность, слабую преемственность, значительные разногласия в формулировании единой концепции выздоровления, сохраняющимися в нарративной клинической практике патерналистскими установками специалистов, так

и отсутствием интегральной концептуальной модели, недостаточной разработанностью теоретико-методологической базы для проведения научно обоснованных нацеленных психосоциальных вмешательств, учитывающих специфику детско-подросткового возраста, включая слабую разработанность критериев оценки эффективности ПСР, а также имеется очевидный недостаток исследований на детско-подростковом контингенте.

Перспективы дальнейшей разработки концептуальной основы психосоциальной реабилитации детей и подростков как важнейшей сферы психиатрии непосредственно связаны с меняющимися представлениями о границах и содержательных характеристиках психического здоровья и современными организационными и методическими возможностями реализации мультимодального подхода к процессу оказания психиатрической помощи, с учетом многообразия и взаимовлияния составляющих, веерная направленность которого распространяется как на биологическую составляющую реабилитации (восстановление нарушенной функции), так и на повышение уровня адаптивного функционирования и позитивные изменения субъективных аспектов качества жизни в контексте обеспечения условий для гармоничного развития детей и подростков с психическими расстройствамина основе концепции социального выздоровления.

Внедрение этих положений в психосоциальную реабилитацию детей и подростков с психическими расстройствами, вызванное современными требованиями к повышению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, сопряжено с рядом затруднений, связанных как с недостаточной разработанностью теоретико-методологической базы для проведения научно обоснованных нацеленных психосоциальных вмешательств, так и сохраняющимися в клинической практике патерналистскими установками специалистов, и малой представленностью психосоциального сегмента психиатрической помощи, позволяющего воздействовать на различные аспекты психосоциальной составляющей психического расстройства.

В данном контексте одной из стратегических задач, стоящих перед детской психиатрией в плане совершенствования комплексной психиатрической помощи детям и подросткам и дальнейшего развития ее психосоциальной составляющей, является научное обоснование и методологическое обеспечение эффективных программ психосоциальной реабилитации, позволяющих учитывать весь комплекс специфических психосоциальных потребностей психически больного ребенка, включая разработку и внедрение различных форм

и методов психосоциальной терапии, позволяющих в максимальной степени учитывать весь комплекс специфических психосоциальных нужд и интересов ребенка и выходящих за ограничения исключительно психофармакологического лечения.

Корень Е.В., Куприянова Т.А., Коваленко Ю.Б., Марченко А.М., Трайнина Е.А.

Психосоциальные факторы риска нонкомплаенса у детей с ипохондрическими расстройствами

г. Москва, Московский научно-исследовательский институт психиатрии, филиал ФМИЦПН Минздрава России

В современных лечебно-реабилитационных подходах значительное место занимает проблема выполнения пациентом врачебных рекомендаций, в том числе касающихся надлежащего приема назначенных лекарственных средств. Одним из аспектов решения данной проблемы, наряду с установлением и поддержанием терапевтического альянса, является выявление категории пациентов из группы риска по нон-комплаенсу для проведения нацеленных психосоциальных вмешательств, обеспечивающихдостижение необходимой приверженностик лечению с целью повышения эффективности проводимой терапии, улучшения медико-социального прогноза и отдаленных исходов заболевания.

В детской психиатрии, среди множества других факторов, влияющих на приверженность к лечению, ведущая роль принадлежит семейному фактору. В процессе терапии родители становятся «посредниками» между ребенком и врачом в выполнении врачебных рекомендаций, обеспечивая своевременность обращения за медицинской помощью в процессе динамического наблюдения, своевременный и правильный прием лекарственных средств, выявление признаков ухудшения психического состояния ребенка и т.д.

Необходимым условием адекватного использования родительского ресурса при этом является усиление ответственности родителей за результаты проводимого лечения. Тем самым обеспечивается практическая реализация постулируемого нами принципа «делегирования полномочий» как базового компонента лечебно-реабилитационного процесса, отражающего важность включения психосоциальной составляющей в систему комплексной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами.

Цель исследования: изучение влияния некоторых психосоциальных факторов на приверженность к лечению у детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами на модели непсихотических ипохондрических расстройств (ИР).

Выбор ИР в качестве модели для рассмотрения вопросов приверженности лечению в детско-подростковой психиатрической практике обуславливался трудностью удержания этой категории больных в терапевтическом процессе, с одной стороны, и склонностью ипохондрической симптоматики в детском возрасте к длительному, многолетнему течению, частым присоединением установки на уход в болезнь, патологической перестройкой личности с закреплением ипохондричности и мнительности, с другой стороны.

Проблема хронификации ипохондрических состояний и стойкость социальной дезадаптации больных определяется не только их терапевтической резистентностьюи ограниченностью фармакотерапевтических возможностей в отношении ипохондрической симптоматики, но и существенными особенностями психосоциального контекста данного контингента больных, снижающими эффективность проводимых терапевтических мероприятий.

Материалы и методы исследования: клинически обследовано с использованием клинико-психопатологического, клинико-социального, клинико-катамнестического и клинико-статистического методов 155 больных (92 мальчика и 63 девочек) в возрасте от 7 до 17 лет.

Результаты исследования: В выделенной группе больных с низким уровнем комплаентности родители еще до начала терапии испытывали сомнения в результативности лечения, были негативно настроены в отношении самого факта назначения психотропных лекарств, боялисьне только побочных эффектов, но и необратимых психических изменений у детей из-за приема психотропных препаратов. В случаях предшествующей терапии у психиатра ретроспективно также выявлялись нарушения режима дозировок лекарств, отказ от лечения при возникновении побочных эффектов, частая смена специалистов. Позднее обращение к психиатру отмечалось в 76,3 % наблюдений, и было связано в первую очередь с некритичностью родителей к ипохондрическим жалобам детей с длительным периодом различных соматических обследований и нежеланием признавать жалобы ребенка проявлением психического неблагополучия, а также страхом стигматизации, когда родители предпочитали наблюдаться и лечиться у различных специалистов непсихиатрического профиля (педиатров, неврологов). Не выявлено влияния на приверженность к лечению уровня образования родителей

(среднее, среднеспециальное, высшее) и состава семей (полная-неполная). Существенным в плане приверженности лечению оказался характер отношений ребенка с тревожно-мнительным членом семьи. В группе низким уровнем комплаенса дети находились в симбиотических отношениях с тревожно-мнительным родственником (чаще матерью или бабушкой), в то время как остальные родственники имели мало влияния на воспитательную политику в семье.

Выводы. Полученные в ходе исследования данные диктуют необходимость повышенного внимания психиатра к данной категории больных в плане психосоциального контекста имеющегося психического расстройства, идентификации психосоциальных факторов, ассоциированных с недостаточной приверженности лечению, с целью выявления больных группы риска по нон-комплаенсу для активного проведения нацеленных и индивидуализированных психосоциальных вмешательств, направленных на повышение и поддержание приемлемого уровня приверженности к лечению.

Корень Е.В.

Проблемы реабилитации детей с психическими расстройствами в парадигме психического здоровья: перспективы мультидисциплинарного подхода

г. Москва, Московский научно-исследовательский институт психиатрии, филиал ФМИЦПН Минздрава России

Ключевым понятием реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами является концепция дефекта, определяющая цели и «мишени» социотерапевтических вмешательств в структуре комплексной помощи данному контингенту больных. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация детей и подростков характеризуется рядом существенных отличий от реабилитации взрослых больных, обусловленных влиянием возраста и наличием фактора развития. Анализ состояния проблемы также включает вынужденную констатацию недостаточной разработанности теоретико-методологической базы для проведения научно обоснованных психосоциальных вмешательств у детей и подростков. Этим в значительной степени определяется, что данный вид вмешательств профилактической (ресурсосберегающей) и лечебно-реабилитационной направленности, позволяющий воздействовать на различные аспекты психосоциальной

составляющей психического расстройства, не вошел еще в качестве обязательного компонента полипрофессиональной (бригадной) помощи в рутинную практику учреждений, обеспечивающих охрану психического здоровья детей и подростков.

В парадигме психического здоровья, в наибольшей степени соответствующей практическому осуществлению перехода к биопсихосоциальной модели психических и поведенческих расстройств, обосновывающей необходимость мультидисциплинарного подхода, на первый план выходит требование обеспечения наиболее приемлемых условий для гармоничного психического развития ребенка (ВОЗ, 2004), понимаемое как результирующий итог усилий разных специалистов, работающих с детьми и подростками в сфере психического здоровья, а также особое внимание обращено к повышению уровня социального функционирования, развития социального интеллекта, в большей степени, чем медикаментозное достижение контроля над симптомами, соответствующих развитию концепции «функционального» выздоровления («functional recovery») .

Другим постулатом, характеризующим современный этап развития психосоциальной реабилитации, является необходимость активизации роли больного в лечебном и реабилитационном процессе. В детской психиатрии, с учетом определяющей роли родителей и ближайшего окружения в развитии детей и их последующей жизненной траектории, активное участие больного в лечении и реабилитации преломляется через необходимость «делегирования полномочий» родителям, с одновременным усилением их роли в совместном построении индивидуальных программ помощи ребенку и участием в лечебно-реабилитационном процессе и одновременно с повышением ответственности за эффективность помощи и результаты мультидисциплинарной работы с детьми и подростками.

Тем самым делается акцент на применении «матричного алгоритма» оценки потребностей детей и родителей в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации и мультимодальном характере вмешательств, направленных на преодоление психосоциальной дезадаптации в основных сферах жизнедеятельности (функционирования) ребенка [Е.В. Корень, 2010].

Диктуемая этим необходимость рассмотрения психосоциальной дезадаптации детей и подростков с психическими расстройствами как «дефицитарного» результата негативного влияния психического расстройства, и одновременно как процесса нарушения психического развития, искажающего социализацию и способствующего фиксации

неадаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования, препятствующих усвоению нового опыта с учетом возрастных потребностей, влечет за собой развитие мультидисциплинарной диагностики как этапа психосоциальной реабилитации, в том числе, в контексте оценки ресурсов психического здоровья для преодоления последствий имеющегося расстройства и достижения оптимального возрастного уровня социального функционирования.

Это позволяет объединить на практике профилактическую, лечебно-реабилитационную и ресоциализирующие составляющие психосоциальной реабилитации и определить ориентиры для реорганизации служб психического здоровья детей и подростков на основе поиска «мостиков» для объединения усилий специалистов и «единого ключа» к пониманию проблем ребенка в структуре мультидисциплинарной (бригадной) работы с одновременным разделением «зон ответственности» профессионалов, работающих с детьми, что является облигатным условием повышения эффективности оказываемой комплексной помощи.

Н.К. Корсакова, И.В. Плужников

К вопросу о природе «гипофронтальности» при эндогенных психических расстройствах юношеского возраста

г. Москва, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

Более чем 20-летний опыт нейропсихологического изучения когнитивных процессов при психотических и непсихотических расстройствах юношеского возраста, приобретенный в научном коллективе под руководством профессора М.Я. Цуцульковской, позволяет сделать некоторые обобщения, касающиеся особенностей структуры и динамики высших психических функций (ВПФ) подростково-юношеского периода в контексте проблемы «мозг и психика».

Нейропсихологическое обследование более 300 больных с психической патологией юношеского возраста (шизофрения, шизоаффективные и аффективные психозы, хронические аффективные заболевания, шизотипические расстройства и псевдопсихопатии) и 150 здоровых лиц, сопоставимых с клинической группой по половым и социо-демографическим параметрам, показало, что, в самом общем виде, структура нейрокогнитивной дефицитарности у этих больных представлена

относительно нозонеспецифическим нейропсихологическим симптомокомплексом, включающим в себянарушения произвольной регуляции деятельности и её нейродинамических параметров, межполушарного взаимодействия, слухоречевой памяти, пространственного анализа и синтеза. Данный симптомокомплекс у отдельных пациентов может оказаться расширенным за счет дополнительных преходящих симптомов (особенно в острой стадии заболевания), а по степени выраженности он связан, прежде всего, с индивидуальными клиническими проявлениями эндогенного процесса. Вместе с тем, входящие в симптомокомплекс составляющие практически никогда не достигают полного синдромального оформления, отдельные феномены представлены лакунарно, нейропсихологически незавершённо. И, наконец, следует отметить, что у больных юношеского возраста на фоне лечения при выходе в ремиссию сужается диапазон дефицитарного «захвата» различных компонентов ВПФ, вплоть до полной редукции некоторых составляющих симптомокомплекса [Сидорова М.А., Каледа В.Г., Бархатова А.Н., 2007].

Такая положительная динамика, обусловленная, скорее всего, преодолением дезадаптации, вызванной приступом болезни [Корсакова Н.К., Плужников И.В., 2012], свидетельствует о доманифестной «слабости» в функционировании ряда мозговых структур (в большей степени, ассоциативных) и отражает десинхронизацию церебрального морфофункционального онтогенеза [Корсакова Н.К., Филатова Т.В., Олейчик И.В., 1998].

Сказанное о роли дисгармонического развития мозга в генезе нейропсихологической симптоматики (нейрокогнитивной дефицитарности) у обследованного контингента больных в первую очередь относится к ведущему компоненту вышеназванного нейропсихологического симптомокомплекса – нарушению произвольной регуляции деятельности. Он синдромологически облигатно связан с дисфункцией лобных (фронтальных) отделов мозга, обеспечивающих такие базовые параметры регуляции деятельности, как целеполагание, программирование действий и контроль, нарушение которых вкупе наблюдается при психической патологии в юношеском возрасте.

В целом, наши данные согласуются с традиционной для биологической психиатрии гипотезой «гипофронтальности», согласно которой базовым мозговым патогенетическим звеном расстройств шизофренического спектра выступает функциональный дефицит передних отделов коры. Дополнительные подтверждения в пользу этого предположения обнаруживаются в современных нейровизуализационных

исследованиях, подтверждающих факт снижения функционирования (на биохимическом, электрофизиологическом и васкулярном уровнях) лобных долей мозга у больных с эндогенной патологией не только в исходных состояниях, но и на ранних этапах развития патологического процесса.

Однако, по нашим данным, регуляторные нарушения, во-первых, по масштабу своей дефицитарности только напоминают целостный «лобный синдром», затрагивая далеко не все уровни и формы психической активности. Во-вторых, наблюдается ряд признаков в процессах контроля за деятельностью, свидетельствующих о дисфункции, затрагивающей и конвекситальные, и медио-базальные отделы лобных долей, что парадоксально не приводит к более серьёзным когнитивным ограничениям. И, в-третьих, что немаловажно, имеет место дивергенция между отдельными составляющими регуляции в пользу более грубо нарушенного целеполагания по сравнению с доступностью программирования даже (нередко, именно!) при выполнении достаточно сложных задач.

Указанные особенности проявлений лобной симптоматики также позволяют высказать предположение о дисгармоническом онтогенезе теперь уже конкретно передних отделов мозга, приводящем к опережающему развитию операциональных возможностей (программирование) по сравнению с эмоционально-личностной (целеполагание) и смысловой (избирательное внимание) сферами.

Тем не менее, дефицит произвольной регуляции имеет место на разных этапах развития заболевания, при разных его формах течения и остается относительно стабильным во времени, часто являясь резистентным к биологическому лечению.

Можно предполагать, что одним из центральных мозговых механизмов дисрегуляторных нарушений при психических расстройствах юношеского возраста являются не только доманифестные особенности функционирования лобных долей мозга, но и их состояние на данный момент. Именно в юношеском возрасте завершается процесс становления функциональной готовности этих церебральных аппаратов к эффективной регуляции активности, выбору целей и формированию социально-смысловых установок. Проведенные ранее в школе Ю.Ф. Полякова (Н.П. Щербакова) и продолженные нами исследования когорты психически здоровых лиц юношеского возраста показали наличие и у них «шизотипальных» особенностей мышления, что в сочетании с имеющимися данными о юношеском «эмоционально-рискованном» и «безрассудном» поведении указывает на особый период

в нейропсихогенезе. Хотелось бы подчеркнуть специфику этого периода жизни мозга и психики, которая обусловлена не просто фазой развития регуляторной системы. Проведенные нами нейропсихологические исследования крупной когорты психически здоровых лиц юношеского возраста показывают, что выявленные у них трудности планирования и контроля психической деятельности подтверждают гипотезу об относительной несформированности лобных долей, что делает их уязвимыми к различным патогенным влияниям, включая болезни.Однако в соответствии с новыми данными нейронауки специфика и особая сензитивность этого периода онтогенеза состоит в акселеративномсозревании ряда подкорковых структур, входящих в состав «эмоционального мозга», при относительном замедлении развития фронтальных отделов [Casey B.J., Jones R.M. & Somerville L.H., 2011]. В таком случае, значительная часть психологических и поведенческих особенностей юношеского возраста обусловлена расхождением между темпами созревания префронтальной коры и подкорковых структур на фоне происходящих гормональных изменений. На этот диссонанс указывает и феноменология развития: при осознании реальной опасности и социальной несанкционированности некоторых своих действий, юноши совершают потенциально деструктивные или аутодеструктивные поступки, вероятно, вследствие прессинга подкорковой аффективности на временно замедлившуюся в развитии (по не до конца ясному эволюционному замыслу) рефлексивно-когнитивную регуляцию.

Таким образом, гипофронтальность в когнитивной сфере складывается из симптомов, возникающих а) в онтогенезе в латентном периоде течения болезни; б) в момент дезадаптации в связи с первым приступом заболевания; в) в связи с нормальным морфо-и функциогенезом фронтальных отделов мозга и корково- подкорковых связей. Нельзя исключить, что острое патологическое состояние может быть обусловлено дивергенцией в темпах развития фронтальной коры и «эмоционального мозга» на завершающемся этапе формирования церебральных взаимодействий.

Список литературы

1. 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.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, с. 70–92.

2. Корсакова Н.К., Филатова Т.В., Олейчик И.В. Варианты нейропсихологического синдрома при юношеских эндогенных депрессиях с симптомокомплексом астенической несостоятельности. // Аффективные и шизоаффективные психозы: Материалы научно-практической конференции с международным участием 7–8 апреля 1998 г. М., 1998.

3. Сидорова М.А., Каледа В.Г., Бархатова А.Н. Особенности структуры и динамики нейрокогнитивных процессов при манифестных приступах юношеского эндогенного психоза. // Психиатрия. 2007; № 2, с. 33-41.

4. Casey B.J., Jones R.M. & Somerville L.H. Braking and Accelerating of the Adolescent Brain // J. Res. Adolesc. 2011. 1; 21(1), pp. 21–33.

Кулемзина Т.В.

Лечение посттравматического стрессового расстройства у детей путем сочетанного применения рефлексотерапии и гомеотерапии

Украина, г. Донецк. Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Психическая травма – это событие в жизни субъекта, вызывающее особенно сильные переживания и неспособность субъекта к адекватной реакции; устойчивые патологические перемены и их последствия в душевной жизни [1, 3].

По определению З. Фрейда травма – опыт, предполагающий быстрое и резкое увеличение психического возбуждения, в результате которого все обычные средства его устранения или обработки оказываются недейственными, что приводит к устойчивым нарушениям в энергетической системе. Возбуждение превышает допустимые для психики величины.

Последствия психической травмы для ребенка и эффективность их устранения зависят от нескольких факторов: 1) возраста, в котором ребенок получил психическую травму; 2) длительности временного действия психологического стрессора и его кратности; 3) собственной конституции ребенка (его предрасположенности); 4) социального окружения ребенка [2].

Дети – наиболее уязвимая категория пациентов, поскольку пережитая в детстве психическая травма, в будущем – перенесенное

во взрослую жизнь ощущения беспомощности, незащищенности, несправедливости и постоянное чувство притягивания психически травмирующих ситуаций.

Цель – продемонстрировать возможности сочетанного применения рефлексотерапии и гомеотерапии в лечении посттравматического стрессового расстройства у детей, возникшего в результате действия чрезвычайной ситуации.

Материал и методы. Проведено лечение 28-ти детей обоих полов в возрасте 12-ти лет, подвергавшихся непрерывному воздействию чрезвычайной ситуации в течение 3-х месяцев, повлекшему ограничение их жизнедеятельности. Дети физически не пострадали и не нуждались на физическом плане в оказании неотложной медицинской помощи (физическая целостность организма не была нарушена). Дети явились свидетелями физического травмирования других людей.

Маленькие пациенты поступили на лечение по истечении 4-х месяцев с момента окончания действия на них чрезвычайной ситуации с жалобами на отсутствия сна и аппетита, головную боль (чаще лобной и затылочной локализации), ощущения мышечной слабости, боли в животе, постоянное ощущения беспокойства, тревоги, страха, «ожидания чего-то страшного», постоянное желание плакать. Дети постоянно повторяли свои впечатления о травмирующем событии, при котором возникла реальная угроза здоровью и жизни. Со слов родителей – дети напуганы и при появлении посторонних звуков вздрагивают, высказывают желание постоянно находится рядом с родителями и держать их за руку. Объективно – у детей снижен эмоциональный фон, отмечается замедленность мыслительной и физической деятельности. Появления жалоб дети четко связывали с действием чрезвычайной ситуации, впервые возникшей в ночное время во время сна.

Гомеопатическое лечение применялось в виде назначения классических гомеопатических препаратов на основе принципа уницизма. При подборе препаратов учитывалась как симптоматика, так и конституция пациента.

Одновременно с лечением детей применялась гомеопатическая терапия и для родителей, целью которой являлось корригировать в первую очередь психологические поломки и последующие психосоматические нарушения, проецирующиеся на детей и усиливающие психосоматические реакции последних. Препараты подбирались с учетом конституциональных особенностей на основе принципа уницизма и назначались в возрастающих разведениях.

Результаты и обсуждение. В лечебном процессе с пациентами, подвергшимися действию чрезвычайной ситуации, был использован холистический подход, позволивший расценивать жалобы и состояние пациентов с позиций восточной психосоматики.

Холистический подход к здоровью имеет восточные корни и является наиболее грамотным и эффективным подходом к лечебному процессу. Основной причиной болезни с точки зрения холистического подхода является нарушение гармонии духа и тела.

Организм, как единство множества органов и систем, рассматривается как биологическая система. В связи с этим, важным критерием оценки состояния организма является его целостность, которая и обеспечивает протекание процессов жизнедеятельности и способность приспосабливаться к постоянно изменяющимся условиям внешней среды.

Предъявляемые детьми жалобы были соотнесены с синдромами традиционной китайской медицины и внутренними органами (с учетом физических и психосоматических проявлений). Мериаданная диагностика позволила определить значительные энергетические изменения в меридианах почек, перикарда, легких и печени. Эти меридианы были определены как первоочередные объекты для рефлексотерапевтического воздействия. Формирование синдромологического диагноза и определение конституции в соответствии с традициями китайской медицины позволило определить цели лечения, методы и методики лечебного воздействия.

Проведено 3-и курса рефлексотерапии с интервалом в 21 день, длительностью по 10 сеансов каждый. В течение первых 10-ти сеансов использовалась седативная методика. В течение второго и третьего курсов выполнялась тонизирующая методика. Использовались точки корпоральной, аурикулярной и краниальной топографии. Применялась классическая иглотерапия в сочетании с точечным массажем и прижиганием. Рецептура составлялась с учетом жалоб, имеющихся на момент сеанса. Сеансы выполнялись с учетом хронобиологических характеристик органов и связанных с ними жалоб и проявлений.

Обязательным условием проведения сеансов иглотерапии было присутствие одного из родителей с целью постоянного контакта с ребенком и его психологической поддержки для обеспечения психологического комфорта во время процедуры. Дополнительным методом лечения являлись и элементы рецептивной музыкотерапии.

С началом сеансов рефлексотерапии детям прописывались и классические гомеопатические препараты. В течение первых 18 дней детям

предлагался препарат Ignatia 6 по 3 крупинки под язык 1 раз в сутки. С 19 дня каждому ребенку подбирался индивидуальный конституциональный препарат также по принципу уницизма.

Среди конституциональных типов детей были выделены соответствия портретам гомеопатических препаратов растительного и минерального происхождения. Из растительных препаратов применялись Aconitum napellus, Pulsatilla, Agarius muscarius, Ignatia. Из минеральных – Arsenicum album, Graphites, Magnesia phosphorica.

Независимо от принадлежности к растительной либо минеральной группе на первом этапе приема конституциональных гомеопатических препаратов использовались низкие разведения (12). С интервалом в 21 день назначались более высокие разведения (30, 50, 100). Применение Ignatia 6 позволило нейтрализовать первичную реакцию детей на произошедшее событие. Дети стали более контактными, появился аппетит и нормализовался сон. Использование конституциональных препаратов способствовало возвращению симптоматических проявлений у детей в рамки конституции и восстановить физические, психические, ментальные признаки, свойственные конституции.

Контрольные осмотры детей в перерывах между курсами лечения рефлексотерапией осуществлялись еженедельно в идентичный день недели и идентичное время. Лечебный процесс планировался таким образом, чтобы снизить риски возникновения обострений, особенно в ходе сочетанного применения методов.

Таким образом, лечебные системы, имеющие многолетнюю историю применения и доказанную временем эффективность, могут быть использованы в сочетании, и, в частности для лечения психосоматических нарушений у детей.

Список литературы

1. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

2. Молчанова Е.С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N1(24). – С. 2 [Электронный ресурс].

3. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.

Куприянова Т.А., Корень Е.В.

Влияние семейного бремени на динамику социального функционирования детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра

г. Москва, Московский научно-исследовательский институт психиатрии, филиал ФМИЦПН Минздрава России

Несмотря на очевидную значимость, проблема оценки и динамики социального функционирования детей и подростков с психическими расстройствами остается недостаточно изученной как в плане методологических подходов, так и преимуществ практического использования данного интегрального показателя уровня психического здоровья ребенка.

В данном контексте семья психически больного ребенка рассматривается в качестве наиболее значимого источника поддержки ребенка в достижении успешного социального приспособления и преодоления последствий имеющегося психического расстройства. В связи с этим очевидна определяющая роль семьи при проведении психореабилитационных мероприятий, направленных на устранение социальной дезадаптации, восстановление потенциала самого пациента и обеспечение необходимых условий для оптимального психического функционирования и нормального развития детей и подростков, страдающих психическими расстройствами.

Дети и подростки с расстройствами шизофренического спектра относятся к наиболее тяжелой инвалидизирующей категории больных со значительными негативными социальными последствиями, с чем связаны выраженные социальные потери и бремя семьи.

Это влечет за собой необходимость разработки мероприятий по психосоциальной поддержке семьи и нацеленных психосоциальных вмешательств для родителей, направленных на повышение уровня социального функционирования детей через снижение семейного бремени, формирование адекватных представлений о болезни и формирование соответствующих навыков совладания со стрессом и взаимодействия с больным ребенком.

Целью работы явилась сравнительная оценка влияния групповой психосоциальной терапии с родителями на динамику социального функционирования и качества жизни детей и подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы. В работу были включены 119 детей и подростков (мальчики – 82, девочки – 37) в возрасте от 8 до 17 лет

с расстройствами шизофренического спектра, которые путем рандомизациии были разделены на 2 группы: основную (73 человека) и группу сравнения (46 человек). Группы были сопоставимы по основным возрастным и клинико-социальным характеристикам. Все дети получали стандартную медикаментозную терапию. В основной группе с родителями детей с расстройствами шизофренического спектра проводилась групповая мультисемейная психосоциальная терапия (68 человек); вгруппе сравнения психосоциальная терапия с родителями больных детей не проводилась (46 человек). Психосоциальная работа с родителями проводилась по модульному принципу в группах, с количеством участников в каждой 8 – 9 человек. Общее количество проводившихся рабочих сессий составляло 8 занятий. Частота занятий – 2 раза в неделю, продолжительность каждого занятия – 90 минут.

Оценка уровня социального функционирования в обеих группах проводилась с учетом возрастного фактора (8–11 лет, 12–14 лет и 15–17 лет), до начала терапии, через 1 месяц и через 3 месяца терапии. Родители и дети в обеих группах заполняли опросник по исследованию качества жизни детей и подростков ILK (Inventory of Quality of Life in Children and Adolescents) [H. Remschmidt, 1998, адаптированный Т.Н. Дмитриевой].

Для оценки субъективного и объективного бремени семьи была использована русская версия опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (Caregiver strain questionnaire – CGSQ, 1997).

Оценка динамики психического состояния пациентов проводилась с помощью адаптированной версии Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении (PANSS).

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ данных начальной оценки и оценки через 3 месяца по шкале CGSQ в основной группе больных показал явную тенденцию к уменьшению семейного бремени, особенно в субшкале, касающейся субъективных внутренних чувств ($p< 0,05$). В группе сравнения снижение не достигало статистически значимых результатов. Снижение показателей отмечено по субшкалам субъективного внешнего бремен и объективного бремени семьи, также более выраженное в основной группе, чем в группе сравнения. С учетом полученных данных, можно говорить о тенденции к позитивным изменениям в уровне семейного функционирования в основной группе больных.

Показатели всех шкал ILK в обеих группах до начала исследования не имели достоверных отличий и были сопоставимы во всех возрастных периодах. Родители, как правило, менее позитивно оценивали все

сферы социального функционирования детей, включая общую оценку качества жизни и вопросы, связанные с лечением. На фоне проводимого лечения суммарная оценка показателей, оцениваемых детьми и родителями, во всех возрастных группах улучшались, но динамика их в основной группе была более выражена, различия были статистически достоверны ($p< 0,01$).

При оценке результатов по шкале PANSS между группами не было отмечено статистически значимых различий в динамике клинического состояния, но тенденция к более выраженному улучшению была отмечена в основной группе больных, что может объясняться наличием прямой связи между психоэмоциональным напряжением, связанным с семейным контекстом, и выраженностью клинических проявлений.

Выводы. Таким образом, семейное бремя может рассматриваться в качестве базовой мишени при групповой психосоциальной терапии с родителями как психосоциальный параметр, положительно влияющий на социальное функционирование детей и подростков, с расстройствами шизофренического спектра через удержание детей и родителей в лечебно-реабилитационном пространстве и практическую реализацию родительского психореабилитационного ресурса. Снижение семейного бремени является необходимым условием для повышения эффективности индивидуальной терапевтической программы, и создает необходимые предпосылки для реадаптации, ресоциализации и улучшения качества жизни больного ребенка для обеспечения наиболее благоприятных условий для гармонического развития детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Лев Л.М.[1], Заика В.Г.[2], Андреева В.О.[3]

Роль и прогностическое значение эндокринных показателей при нервной анорексии у девочек-поростков с олиго- и аменореей

г. Ростов-на-Дону [1]ГБУ «Психоневрологический диспансер» Ростовской области, [2]Ростовский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, [3]ФГБУ Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Минздрава России

Нервная анорексия (НА) в настоящее время является актуальной проблемой подростковой психиатрии, что обусловлено ее высокой

распространенностью и тенденцией к учащению атипичных проявлений. Патогенетически НА представляет собой сложную взаимосвязь сомато-нейроэндокринных и психических нарушений. Систематические попытки снижения веса при НА приводят к гиперактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и понижению уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) [Gordon C.M., 2010]. Подавление овуляции приводит к снижению уровня эстрадиола ($Э_2$) и возникновению гипофизарной аменореи. При НА с нарушением менструального цикла определяется повышенный уровень 17-гидроксипрогестерона (17-ГОП), свидетельствующий в пользу гиперандрогенной дисфункции яичников [Веропотвелян П.Н. с соавт., 2012]. Лечение девочек-подростков с НА является актуальной и сложной задачей. Относительно слабая эффективность психотропной терапии, быстрое формирование соматоэндокринных расстройств и негативный настрой пациенток на лечение делает необходимым поиск более эффективной стратегии терапии. В связи с вышеперечисленными данными, нам представляется актуальным изучение взаимосвязи нейроэндокринных и психопатологических нарушений при НА для диагностики, прогноза и разработки оптимальной терапевтической тактики у девочек-подростков с олиго- и аменореей.

Цель исследования. Установить взаимосвязь между выраженностью психопатологических симптомов с уровнем ФСГ, 17-ГОП и Э2 на разных этапах типичной и атипичной НА.

Материалы и методы. I группа – 42 пациентки с типичной НА, II группа – 28 с атипичной НА [МКБ-10, 1999]. Возраст всех групп – 15 (17; 13) лет. Индекс массы тела (ИМТ) I группы – 15,7 (16,5; 14,7), II – 17,8 (19,7; 18). Группа контроля – 20 здоровых девочек-подростков с ИМТ 18 (20; 17,8). Проводилось клинико-психопатологическое, лабораторное исследование, психометрическое шкалирование (шкала оценки пищевого поведения (ШОПП), шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)). Методом иммуноферментного анализа исследовалось содержание ФСГ, 17-ГОП и Э2 на аноректическом этапе и через 3 месяца от начала лечения – на этапе редукции. В каждом периоде исследований проводилось измерение динамики среднего суммарного балла (ССБ) по данным психометрических шкал. Была проведена оценка тесноты установленной связи с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Пациенткам обеих групп в течение 3-х месяцев проводилось комплексное лечение, включавшее коррекцию метаболических расстройств и нормализацию массы тела, психофармакотерапию

тиоридазином, вальпроевой кислотой и клоназепамом, а также психотерапию.

Результаты и обсуждение. Нами были выявлены низкие значения ФСГ в обеих исследуемых группах: при типичной НА – ниже показателей группы контроля в 2,3 раза ($p<0,05$), а во II – в 2,2 раза ($p<0,05$). На этапе редукции, после восстановлении менструального цикла, уровень ФСГ обеих групп повысился, оставаясь ниже показателей контрольной группы. Корреляционная взаимосвязь между сниженным уровнем ФСГ и повышенными значениями ССБ шкалы депрессии MADRS, отражавшей тревожно-депрессивное состояние пациенток была выявлена на аноректическом этапе I группы ($\rho=0,53$ при $p<0,05$). Параллельно изменениям концентрации ФСГ, ССБ шкалы MADRS в обеих исследуемых группах снизился, хотя и превышал показатели контрольной группы ($p<0,05$). При этом, на этапе редукции в обеих группах определялась корреляционная взаимосвязь уровня ФСГ со ССБ шкалы ШОПП. В I группе – субшкалы «недоверие в межличностных отношениях» ($\rho=-0,54$ при $p<0,05$), связанной с нарушением социальных контактов, чувством отгороженности, одиночества; во II группе – со ССБ субшкалы «интероцептивная некомпетентность», характеризующей нарушение восприятия распознавания голода и насыщения, тенденции к булимическим эпизодам ($\rho = –0,66$ при $p<0,05$). Учитывая достоверную корреляцию между уровнем ФСГ и выраженностью аффективных и поведенческих симптомов, можно предположить, что наличие низких показателей ФСГ, даже при восстановлении менструального цикла, может косвенно свидетельствовать о нарушенной регуляции гипоталямо-гипофиз-овариальной системы, что согласуется с данными Gordon C.M. (2010). Это в последующем приводит к недостаточной редукции психопатологических симптомов и рецидиву аноректической симптоматики.

На аноректическом этапе НА был выявлен повышенный уровень 17-ГОП в обеих исследуемых группах. Так, в I группе данный показатель был выше концентрации 17-ГОП контрольной группы в 1,8 раз ($p<0,05$), а во II – в 2,6 раза ($p<0,05$). При этом, на данном этапе НА была выявлена корреляционная взаимосвязь между повышенным уровнем 17-ГОП и выраженностью депрессии. Таким образом, формировался «замкнутый круг» в виде стремления к похуданию, усиления депрессии и выраженности аменореи и, как следствие, повышения концентрации 17-ГОП. Это подтверждалось корреляционной связью между повышенным уровнем 17-ГОП и ССБ субшкал: депрессии HADS ($\rho = –0,74$ при $p<0,05$) – при типичной НА; депрессии MADRS ($\rho = 0,84$

при p<0,05) и ШОПП «стремление к худобе» (ρ = –0,86 при p<0,05) – при атипичной НА. На этапе редукции, при дезактуализации сверхценной идеи и стабилизации аффективных колебаний, а также восстановлении менструального цикла, ССБ данных шкал снижался, при этом, параллельно уменьшался уровень 17-ГОП. Так, во II группе выявлялась достоверная взаимосвязь между уровнем 17-ГОП и ССБ субшкалы ШОПП «интероцептивная некомпетентность» (ρ=0,71 при p<0,05). В I группе корреляций на этапе редукции не определялось. Таким образом, можно сказать, что повышенный уровень 17-ГОП на аноректическом этапе связан не только с олиго-аменореей, что подтверждается данными П.Н. Веропотвелян с соавт. (2012), но и с выраженностью основных психопатологических нарушений в обеих группах. Понижение уровня 17-ГОП на этапе редукции в обеих группах на фоне нормализации менструального цикла и редукции психопатологических симптомов свидетельствует об эффективности терапии.

При исследовании стероидных гормонов было выявлена гипоэстрогенемия на аноректическом этапе типичной НА (p<0,05). Данные M. Misra et al. (2013) о связи уровня эстрогенов и выраженности психопатологических нарушений при НА подтверждались выявленной в нашей работе достоверной взаимосвязью между сниженным уровнем $Э_2$ и аффективными симптомами, что отражалось повышением ССБ субшкал «депрессия» и «тревога» HADS атипичной НА, а также субшкалы ШОПП «интероцептивная некомпетентность» этапа редукции типичной НА (ρ=0,83 при p<0,05). Таким образом, повышение $Э_2$ на этапе редукции может служить дополнительным положительным критерием в оценке эффективности купирования аффективных симптомов, особенно при атипичной НА, где характерно диссимулятивное поведение пациенток.

Выводы. Низкие показатели ФСГ на этапе редукции при обоих вариантах НА, даже при восстановленном менструальном цикле, свидетельствуют о нарушении регуляции гипоталямо-гопофиз-овариальной системы и, с учетом корреляционных взаимосвязей, недостаточной редукции психопатологических симптомов с возможным рецидивом аноректической симптоматики. Вариабельность концентрации 17-ГОП на этапах НА в обеих группах, на фоне выявленных достоверных взаимосвязей 17-ГОП с аффективными и дисморфоманическими симптомами свидетельствует о степени выраженности основных психопатологических и репродуктивных нарушений. Повышение эстрадиола на этапе редукции НА может служить дополнительным положительным критерием в оценке эффективности купирования аффективных симптомов,

особенно при атипичной НА. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения корреляций нейроэндокринных и психических нарушений для диагностики и разработки тактики лечения девочек-подростков с НА.

Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е., Головина А.Г.

Психопатологические «маски» шизофренической патологии в подростковом возрасте

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Диагноз, устанавливаемый психиатром при первичном осмотре пациентов детско-подросткового возраста, редко является окончательным и, как правило, пересматривается на протяжении болезни в сторону его утяжеления. В частности, это относится к заболеваниям эндогенно-процессуального круга.

Цель работы: определение факторов, обуславливающих отставленную диагностику шизофренического процесса у подростков, анализ психопатологических расстройств, маскирующих шизофреническую природу наблюдаемой патологии.

Материал и методы исследования – подростковый контингент одного из московских диспансеров, в котором ежегодно наблюдаются около 800 пациентов подросткового возраста, из них 1\6-1\7 часть составляют больные шизофренией. Все подростки обследованы клинически и катамнестически прослежены до момента перехода во взрослую сеть.

К числу факторов, обуславливающих изменчивость диагностики в детско-подростковом возрасте, относятся: стремление психиатров отсрочить констатацию шизофренического процесса с целью избежать стигматизации подростка и ложно позитивной диагностики; нозологическая неспецифичность и нередко рудиментарный характер психопатологических проявлений болезни в подростковом возрасте, на который приходятся субклинические стадии заболевания, проявляющиеся синдромально не завершенной симптоматикой [Н.А. Мазаева, 2008]; динамика эндогенного процесса на ранних его стадиях под «маской» психопатологических симптомов, более характерных для психической патологии иной нозологической природы.

Как оказалось, психопатологические «маски» могут включать в себя практически весь спектр непсихотической психической патологии

(астено-невротического, аффективного, личностного круга), органоподобные синдромы и психосоматические эквиваленты. Окончательная нозологическая оценка этих симптомокомплексов, не причисляемых вначале к эндогенно-процессуальным, нередко бывает весьма затруднительной и требует для правильной верификации длительного катамнестического прослеживания.

В качестве маскирующих наиболее часто наблюдаются: аффективные состояния, личностные аномалии (с нарушениями поведения, девиантными установками, стойкими аутоагрессивными тенденциями, суицидоманией, с расстройствами половой идентификации), синдром нервной анорексии, псевдоорганические расстройства, синдромы когнитивного дефицита, импонирующие как проявления интеллектуальной недостаточности.

Наиболее часто встречаемая аффективная патология, представленная наряду с депрессивными состояниями эпизодами смешанного аффекта с рудиментарными включениями расстройств более тяжелых регистров (сверхценно-бредовых, галлюцинаторно-бредовых), факультативными симптомами невротического круга, а также – постепенным формированием негрубых негативных изменений, отражающих подспудные сдвиги, сопутствующие процессу «включения» аутохтонных механизмов заболевания, которые являются основным доказательством его шизофренического генеза. В картине апатических субдепрессий с дефицитарными проявлениями (некоторое эмоциональное обеднение, невыраженная, но отчетливая когнитивно-мотивационная недостаточность) преобладают явления так называемой «негативной аффективности» – вялость, апатия, падение интересов.

Эндогенно-процессуальные состояния могут выступать под «маской» поведенческих девиаций, представленных как изолированно, так и в сочетании с аффективной патологией. Подобные симптомокомплексы (вариант «мужского депрессивного синдрома») в подростковом возрасте наиболее часто отмечаются в период становления особой дисгармоничной личностной структуры с разной степенью выраженности характерологических особенностей и обнаруживаются в группе эндогенных заболеваний, чаще всего, на стадии уже сформировавшихся негативных изменений.

За импонирующими как проявления расстройства личности возбудимого круга с девиациями поведения и неожиданными для окружающих эпизодами немотивированной агрессии, грубыми поведенческими эксцессами в ряде случаев скрываются психотические (галлюцинаторные и галлюцинаторно-бредовые) феномены.

Нарушения половой идентификации при эндогенных заболеваниях встречаются не изолированно, а в структуре полиморфного синдрома, включающего, в том числе, расстройства тяжелых регистров (бредовых, галлюцинаторных), подростки заявляют о желании сменить пол, возникающем под влиянием галлюцинаторно-бредовых переживаний, а также на фоне сформированных дефицитарных изменений. В отличие от случаев истинной гомосексуальной ориентации не выражен собственно компонент сексуального влечения к лицам того же биологического пола.

Когда ведущим в клинической картине эндогенного заболевания являлся синдром нервной анорексии, обращал на себя внимание полиморфизм психопатологических проявлений (отрывочные идеи отношения, элементы дисморфомании, отчетливые депрессивные симптомы), ограничение контактов и стремление к социальной изоляции, немотивированная злобность и агрессивность к родителям, шизоидный склад личности.

Эндогенные состояния с дефицитом психической активности и картиной астенических органических расстройств, характеризовались отсутствием признаков физического истощения, ощущением неопределенного телесного дискомфорта, снижением интереса и мотивации к деятельности, независимостью степени выраженности отвнешних факторов.

В некоторых случаях диагностированные детскими психиатрами состояния умственной отсталости при катамнестическом прослеживании оказываются синдромами эндогенного круга, процессуальная природа которых становилась очевидной лишь в подростковом возрасте.

Выводы. Таким образом, в динамике шизофренических состояний наблюдаются не только типичные для этой нозологии расстройства (снижение психической активности, нарушения мышления и эмоций, аутизация и т.п.), но и обширный круг неспецифических симптомов [А.В.Снежневский, 1975; А.С.Тиганов, 1999, 2005]. И хотя принято считать, что «каждый этап проявления болезни – это продукт предшествующего ее развития», в клинической картине которого «потенциально содержатся возможные особенности дальнейшего течения» [А.В. Снежневский, 1975], вопрос соответствия той или иной психопатологической «маски» типу течения эндогенного процесса до настоящего времени остается открытым. Прогностическая неопределенность вышеописанных синдромов обуславливает необходимость их дальнейшего прицельного изучения.

Максимова Н.Е., Карасева Е.А., Коряпина Ю.А.

Проективные рисунки как один из методов диагностики суицидального поведения подростков

г. Тверь, ГБУЗ ОКПНД

Подростковый возраст является одним из возрастных периодов повышенного суицидального риска. Это этап формирования самосознания и самоопределения, и фактически означает символическое «умирание» детства и переход человека на «новый уровень». Большинство детей переживают этот возраст достаточно бурно, и по данным ВОЗ (2014 г.) самоубийство является ведущей причиной смерти среди подростков. Поэтому так важно распознать наличие суицидальных мыслей и своевременно оказать помощь. Но, работая с подростком, психолог зачастую сталкивается с тем, что чаще инициатором обращения выступают родители или учителя, а сам подросток неохотно впускает в свой внутренний мир взрослого. Он не раскрывается в беседе, пытается общаться на формальном уровне. Он или она могут не давать волю чувствам, скрывая свои проблемы, но в то же время, находиться в состоянии глубокой депрессии. Важную помощь в диагностике в таком случае могут оказать проективные методы. В частности, проективные рисунки, которые являются ценным инструментом для понимания особенностей личности и проблемной ситуации, порой даже скрытых, не осознаваемых самим подростком.

Центр суицидальной превенции (далее – ЦСП) был открыт 1 января 2013 года на базе ГБУЗ Тверской области «Областной клинический психоневрологический диспансер», согласно приказу Минздрава РФ от 06.05.1998 №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». В данной работе мы проводим анализ проективных рисунков подростков, наблюдавшихся в ЦСП (2013-2015 г), позволяющий выделить некоторые закономерности в изображениях и комментариях к ним. Методики, используемые в работе ЦСП: «Дом. Дерево.Человек», «Человек под доджем», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи», «Мое состояние», «Мир со мной – мир без меня», «Мой жизненный путь». Рассмотрим некоторые из них. Ниже перечислены наиболее показательные особенности в рисунках подростков с суицидальным поведением.

1. Рисунок «Человек»:

– нарушение полоролевой идентификации (выделение среднего пола «оно», либо идентификация с мужской фигурой у девочек, что

можно интерпретировать как отрицание собственной женственности, пренебрежение внешним видом, выделение актуальной части личности, а так же трудности самоидентификации в целом).

– отсутствие лица (можно интерпретировать как ощущение сенсорной изоляции, погруженность, сосредоточенность на внутренней проблеме, игнорирование внешних стимулов) Следует отметить, что лица у человеческой фигуры отсутствуют при достаточно хорошей прорисовке тела, что следует различать с формальным изображением человека («фигура из палочек»), где отсутствие лица можно трактовать как снижение мотивационного компонента.

– прижатые руки, руки за спиной, отсутствие рук (трудности в контактах, нарушение социального взаимодействия)

– неустойчивость позы, маленькие ступни, расположение «на носочках» (проблема психологической устойчивости в жизни).

– в некоторых случаях можно наблюдать проецирование суицидальных переживаний на рисунок (порезы на руках, перечеркнутая, заштрихованная шея, наличие символики и атрибутов смерти (кресты, черепа и т.д.)

Важно обратить внимание на комментарии к рисункам, отношение к изображенной фигуре, эмоций, которая она вызывает. Актуальны здесь так же будут вопросы об окружении, социальном статусе изображенного человека, его планах, мечтах, тревогах и т.д. Особое внимание должны обратить на себя негативные оценки изображенного человека (прим. «он тупой», «не нужный», «никчемный»), предположение об изоляции от людей и социальной жизни (прим.«он один», «у него никого нет», «он стоит в толпе, но никто его не видит»), отсутствие планов на будущее и мечтаний (прим.«он ничего не хочет», «просто существует»). Следует внимательно следить за импульсивными высказываниями, оговорками, словами сказанными «в шутку» (прим. «да это труп ходячий. Я шучу», «такого и убить не жалко»)

2. Рисунок «Человек под дождем»: направлен на оценку адаптивности человека, его способность преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им, а так же применяемые им защитные механизмы.

– маленькая фигура, внизу листа (чувство незащищенности, депрессивные переживание, подверженность стрессам)

– интенсивный дождь, гроза, молнии (восприятие трудностей как «фатальных», труднопреодолимых)

– человек без «защиты», мокнущий под дождем (плохая адаптивность)

– стоящий в луже (лужа – символ нерешенной проблемы, потеря ориентир

Так же, как и в предыдущем рисунке, важна оценка и комментарии рисующего. Из практики, данная методика является ресурсной в плане коррекции, рекомендуется задавать такие вопросы как «чем можно помочь человеку под дождем?», «что сам человек может сделать, чтобы справиться с дождем?». Возможна дорисовка деталей, а так же полная перерисовка с прорабатыванием текущего состояния.

3. Рисунок «Дерево»: можно рассматривать как символ того, как человек чувствует себя в окружающей его реальности.

– мертвое, засохшее дерево (как показатель физической неполноценности, психологической неадекватности)

– дерево, страдающее от какого-то внешнего фактора (считает окружающую среду виноватой в его трудностях)

– дерево, имеющее различные повреждения (дупло, сломанные ветки, расколотый ствол, как символы различных психологических травм)

Здесь актуальны будут вопросы о состоянии дерева (живое оно или мертвое (если не обговорено в процессе выполнения), здоровое или больное, о причинах его текущего состояния, а так же о возможности его «исцеления», «оживления», и при каких условиях это возможно (как о самооценке прогноза, а так же об имеющихся ресурсах для работы).

4. Рисунок «Дом»: может рассматриваться в двух вариантах как отношение обследуемого к самому себе и как его восприятие семьи. Сразу обратит на себя внимание разрушенный дом, пустой, заброшенный. А так же необходимо отметить некоторые детали:

– дом на заднем плане (ощущение отвегнутости в семье/желание ограничиться от окружения, отвергнуть то, что символизирует дом)

– отсутствие окон/дверей (нарушение контактов, замкнутость, нежелание впускать в свое «я»)

При общем анализе рисунков так же обращается внимание на палитру использованных цветов: черный, серый, коричневый темно-синий (при депрессивной окраске переживаний), красного (при включении агрессивных тенденций)

В заключении необходимо подчеркнуть, что проективные рисунки только один из 55 методов диагностики, используемый при работе с подростками с суицидальным поведением. Для того, что бы выводы были достоверными, необходимо комплексное обследование. Наличие перечисленных признаков в рисунках не может гарантировать

суицидальные мысли у подростка, а их отсутствие – свидетельствовать об обратном. Однако, в большинстве случаев выявленные критерии указывают на наличие определенных проблем и требуют более внимательного наблюдения и углубленной работы.

Малинина Е.В., Забозлаева И.В.

Аутистические расстройства в подростковом возрасте (клинико-психопатологические и социальные аспекты)

г.Челябинск, ГБОУ ВПО Южно – Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Цель исследования. Изучение клинико-психопатологических особенностей аутистических расстройств в подростковом возрасте для решения реабилитационных и социальных мероприятий

Материал и методы исследования. Ретроспективно, методом случайного отбора было изучено 49 пациентов с аутистическими расстройствами в возрасте 12-18 лет. Всем обследованным диагноз аутизма был выставлен в детском возрасте. Верификация форм аутистических расстройств проводилась в соответствии с МКБ-10 и типологией расстройств аутистического спектра [Н.В. Симашкова, 2013]. Использовались клинико-психопатологическое и клинико-катамнестическое обследование. Кроме клинических методов применено психологическое (методика Векслера, исследование мышления – «Классификация», «Четвертый лишний», «Сравнение понятий»; исследование личности (проективные) – Люшер, «ДДЧ», «Несуществующее животное»; ПДО) обследование. Оценка клинико-динамических характеристик опиралась на следующие критерии – степень аутизации, речевое развитие, стереотипность поведения, образовательная программа, IQ, CARS.

Результаты исследования и их обсуждение. В соответствии с формами аутистических расстройств диагностированными в детском возрасте были выделены три группы: первая – синдром Каннера (n=15), вторая – психотические формы аутизма (n=18), третья – синдром Аспергера (n=15).

В первой группе обнаружено 12 подростков мужского пола (80 %) и 3 – женского (20 %). В возрастном аспекте преобладали 12-летние пациенты (60 %). Клинические симптомы зафиксированы с первых лет жизни, отражали качественные нарушения социального взаимодействия, коммуникативные трудности, стереотипное поведение

и интересы. К подростковому возрасту психопатологические особенности характеризовались неравномерностью формирования отдельных психических функций с выраженностью аутизации, задержанным развитием речи, сохранением эхолалий, штампов, персевераций. У 4-х пациентов речь отсутствовала. У всех подростков стойко сохранялся особый стиль поведения с моторными стереотипиями, ритуальным поведением. У 40 % обследуемых в период полового созревания ухудшилось поведение, они стали беспокойными, агрессивными, сексуально расторможенными. По программе VIII вида обучались 10 детей (67 %), причем двое только на дому. Еще двое – по программе VII вида и трое – в средней школе, но обучение проходило на дому, индивидуально. Оценка результатов методики Векслера демонстрировала неоднозначность картины. Так, у подростков обучающихся по программе VIII вида уровень IQ был в пределах 80 – 53, причем у половины из них получены показатели только по невербальному интеллекту. У тех пациентов, где были оба показателя, разницы меджу ними большой не было. Кроме того, двое подростков при показателях IQ 76 и 69 обучались по программе средней школы индивидуально. Итоговые оценки CARS в динамике менялись незначительно и были от 36 до 60 баллов. У двух детей (13 %) в подростковый период дебютировала эпилепсия. К моменту осмотра у всех детей диагноз синдрома Каннера сохранялся, все они получали инвалидность.

Пациенты второй группы в 67 % случаев были мужского пола и в 78 % – в возрасте 12 лет. К 5 годам всем был выставлен диагноз процессуального аутизма (психотическая форма). У 14 детей (78 %) психотическая симптоматика дебютировала в возрасте 8–36 месяцев аутохтонно, или после стрессовых ситуаций, инфекций, прививок. Клиническая картина была представлена регрессивно-кататоническим психозом. Постепенно, через 1,5 – 2 года отмечался выход из психотического состояния. К началу пубертата у всех детей восстановилась речь – с эхолалиями, подражанием, сложностями диалоговой речи. Сохранялась аутистическая отрешенность разной степени выраженности, от замкнутости, до трудностей понимания ситуаций, трудностей адаптации. Практически все подростки обучались по программе VIII вида и двое в средне школе. Показатели IQ были в пределах 65–87. Особенностью являлась большая разница между вербальным и невербальным интеллектом, например, 74/91, 72/92. При исследовании мышления прослеживались элементы диссоциативного симптомокомплекса – в структуре пиктограмм преобладали атрибутивные образы, снижен показатель адекватности и стандартности и т.д. Результаты исследования

личностных особенностей демонстрировали превалирование сенситивного радикала с напряженностью, неуверенностью, коммуникативными трудностями. У двух пациентов к 12 годам диагноз изменен на высокофункциональный аутизм, так CARS в динамике 39,5 (5 лет) и 22 (12 лет), в остальных случаях мы имели дело с олигофреноподобным дефектом.

У 4-х подростков (22 %) манифестация психотической симптоматики отмечена после 3-х лет и включала регрессивно-кататонические проявления. Уровень интеллекта в подростковом возрасте низкий – 65–34, в ряде случаев с определением только невербального. Значения CARS в пределах 36. Диагноз у данных пациентов трактовался как атипичный аутизм, все дети были на инвалидности.

Третья группа представлена в 100 % случаев подростками мужского пола. В 53 % это были пациенты 12 лет. Всем исследуемым в детском возрасте выставлен диагноз синдрома Аспергера. Они характеризовались как дети с хорошими когнитивными и речевыми способностями, но с ограниченным и повторяющимся поведением. К подростковому возрасту все учились по программе средней школы. Некоторые дети имели высокие интеллектуальные способности по отдельным предметам – математика, физика, информатика, биология, при этом обучались в частных школах или индивидуально. Коэффициент IQ был в пределах 90–117, отмечались высокие показатели вербального интеллекта по сравнению с невербальным (113/95; 117/101; 115/99). При исследовании личностных особенностей выявлена замкнутость, интровертированность, трудности социальной адаптации, выраженная избирательность в контактах. По методике ПДО преобладал сензитивно-шизоидный тип. В 50 % случаев выявлены диссоциативные и мотивационные нарушения мышления. Динамика CARS от значений 30–34 в 5 лет и 15–30 в подростковом возрасте. У одного пациента в возрасте 12 лет начались эпилептические приступы. У 6 подростков к 13–18 годам диагноз был изменен на шизоидное расстройство личности, инвалидность оформлена только у 9.

Таким образом, катамнестическое исследование детей с расстройствами аутистического спектра продемонстрировало разные исходы. Важную роль в прогнозировании исхода играли несколько факторов: сохранность коммуникативной речи, выраженность аутизации, уровень когнитивного функционирования и адаптивные навыки. Удельный вес каждого фактора определялся формой аутистического расстройства. Условно можно выделить благоприятный исход, который наблюдался при синдроме Аспергера за счет высокого уровня коммуникативных

и когнитивных способностей. Неблагоприятный исход свойственен пациентам с синдромом Каннера, адаптивные навыки развиты плохо, они не способны к самостоятельной жизни, полностью зависят от помощи и поддержки других людей. Психотические формы аутизма имели как благоприятные, так и неблагоприятные виды прогноза.

К сожалению, сложно оценить влияние лечебно-коррекционных мероприятий на динамику и прогноз аутизма, поскольку дети получали различные виды помощи, как медицинской, так и психолого-педагогической, как традиционной, так и альтернативной.

Выводы. Прогноз аутистических расстройств определяется формой аутизма и зависит от выраженности психопатологических симптомов.

Масихина С.Н.

Психиатрические аспекты «медицинского стресса» у родителей детей и подростков с онкологическими заболеваниями в период лечения в стационаре

г. Москва Московский научно-исследовательский институт психиатрии, филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» МЗ РФ

Актуальность. Одним из важнейших направлений совершенствования онкологической помощи является психосоциальное сопровождение пациентов и их семей на всех этапах онкологического заболевания, для обеспечения, в частности необходимой приверженности лечению. Комплаенс в детской онкологии подразумевает, наряду с адекватным пониманием родителями болезни и своевременным согласием на лечение детей, соблюдение лекарственного режима и сложных правил ухода за больным. Несмотря на традиционно высокий комплаенс в лечении онкологических заболеваний, связанный с угрозой жизни, нарушения режима фармакотерапии, дефекты ухода и отказы от лечения являются существенной причиной неблагоприятного прогноза онкологического заболевания. Среди прочих факторов, снижающих приверженность лечению, особая роль принадлежит психопатологической симптоматике как одной из важнейших проблем, препятствующей комплаентному поведению. Анализ клинико-психопатологической структуры дезадаптивных состояний у родителей

детей с онкологическими заболеваниями в период «медицинского стресса» важен для понимания и выявления факторов некомплаентного поведения родителей в процессе лечения, определения мишеней психосоциального воздействия.

Цель исследования: изучение клинико-психопатологической структуры «медицинского стресса» родителей детей с онкологическими заболеваниями в период лечения в стационаре, и влияния выявленных психических нарушений на приверженность лечению, качество сотрудничества родителей с врачами и медицинским персоналом.

Материалы и методы. 82 родителя в возрасте от 22 до 48 лет (M = 31±12,5) были отобраны в результате скрининга по «Госпитальной шкале тревоги/депрессии» (HADS) по баллам, достигающим клинического уровня (более 11 баллов) по обеим субшкалам (HADS-A и HADS-D). Оценка психических нарушений осуществлялась непосредственно на основе психиатрического интервью, пациенты обследованы клинико-психопатологическим методом. Для оценки приверженности лечению использовались шкала Мориски-Грин (только для сопроводительной терапии, прием которой контролируют родители) и дополнительные характеристики, соответствующие специфике пребывания в онкологическом стационаре. Проводился клинико-статистический анализ полученных данных с использованием критерия Стьюдента.

Результаты. По данным проведенного клинико-психопатологического анализа были выделены клинические варианты декомпенсации: в рамках расстройств адаптации (РА) – 48,7 %, расстройств личности (РЛ) –34,1 %, экзацербации эндогенных психических нарушений в рамках аффективных расстройств (АР)- рекуррентной депрессии, дистимии, депрессивного эпизода в течении биполярного аффективного расстройства – 10,9 %, психозов шизофренического спектра (ПШС), ассоциированных со стрессом – 6 %. Определены основные клинические и психосоциальные характеристики групп, показаны различия по показателям приверженности лечению. Тревожные и депрессивные симптомы невротического уровня, преобладавшие в группе РА, существенно не влияли на показатели приверженности терапии в условиях онкологического стационара. Сравнительный анализ показателей приверженности группы АР показал ряд отличий от контрольной группы: родители с АР достоверно чаще забывали давать лекарства (M=6, SD=0,67 и M=49, SD=0,98, t=3,7, p<0,05), реже соблюдали часы приема препаратов и (M=2, SD=0,22 и M=48, SD=0,96, t=8,3 p<0,05), были не внимательны к выполнению

требований санитарно-гигиенического режима (M=5, SD=0,56 и M=49, SD=0,98, t=4,9, p<0,05). В сравнении с общей выборкой исследуемых состояний группа родителей с АР демонстрировала достоверно более низкие показатели по соблюдению часов приема препаратов (M=2, SD=0,22 и M=52, SD=0,63, t=2,3, p<0,01). Полученные показатели отражали когнитивные нарушения в рамках в рамках эндогенных депрессий (замедление идеаторных процессов, снижение концентрации внимания, памяти). Клиническая структура декомпенсации в группе РЛ определялась тревожными и аффективными симптомами, перекрывающимися с хроническими поведенческими интерперсональными нарушениями, которые в условиях стационара проявлялись низким уровнем самоконтроля и дисциплины, хаотическим следованием правилам и распорядку отделения. Отмечалось достоверное снижения показателей соблюдения медицинского режима по сравнению с контрольной группой (M=6, SD=0,21 и M=52, SD=0,63, t=6.5, p<0,01) и общей исследуемой выборкой (M=6, SD=0,2 и M=52, SD=0,63, t=2,9, p<0,01), а также выполнению медицинских назначений по сравнению с общей (M=7, SD=0,2 и M=43, SD=0,52 , t=6.5, p<0,01) и контрольной группами (M=7, SD=0,2 и M=54, SD=0,66, t=4,9, p<0,01). В группе ПШС, ассоциированных со стрессом, клиническая структура декомпенсации определялась аффективно-бредовыми нарушениями, затрагивающими концепцию болезни, оценку состояния ребенка, отношения с врачами и медицинским персоналом. Продуктивные психотические симптомы, когнитивная дезорганизация существенно снижали показатели приверженности терапии по сравнению с общей выборкой и контрольной группами, 50 % наблюдений ПШС завершились полными отказами от терапии.

Выводы. Психические нарушения у родителей отрицательно влияют на приверженность лечению онкологических заболеваний у детей. Для улучшения качества лечебного процесса необходимо проводить скрининг для раннего выявления психических нарушений у родителей, осуществлять превентивную психологическую поддержку родителей и психофармакологическое лечение выявленных психических нарушений; врачам и медицинскому персоналу необходимо придерживаться определенных правил психосоциального взаимодействия с родителями, имеющими психические нарушения в условиях «медицинского стресса».

Марчук С.А., Докукина Т.В., Зажогин А.П., Гилеп А.А., Гайдукевич И.В.

Нарушения в структуре гена металлотионеина и микроэлементного статуса ребенка как этиопатогенетические маркеры расстройств аутистического спектра

Республика Беларусь, Минск, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Белорусский государственный университет, Институт биоорганической химии Национальной академии наук Республики Беларусь

Цель исследования – исследовать роль нарушений в структуре гена металлотионеина и микроэлементном статусе у детей с расстройствами аутистического спектра в возрасте от 3 до 14 лет, проживающих в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Для оценки микроэлементного статуса детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) применен метод атомно-эмиссионной спектроскопии. В качестве биосубстрата использовалась прикорневая часть волос ребенка с РАС и его родителей. Были исследованы 172 образца волос (86 детей: 24 девочек и 62 мальчиков, и 86 родителей). Исследования проводились на лазерном многоканальном атомно-эмиссионном спектрометре LSS-1. Спектрометр включал в себя в качестве источника возбуждения плазмы двух импульсный неодимовый лазер с регулируемыми энергией и интервалом между импульсами (модель LS2131 DM). В качестве нормы содержания для анализируемых биоэлементов будут использованы данные Скального А.В. (2002) и Коломийцевой М.Г. (1970), Unicef (2007) [1, 2].

Для оценки роли полиморфизма гена металлотионеина в этиопатогенезе РАС проведено клиническое, патопсихологическое и молекулярно-генетическое обследование 41 семьи с детьми в возрасте от 2 до 14 лет, которым установлен диагноз РАС (рубрика F84 – Общие расстройства развития – в соответствии с критериями МКБ – 10, 1993) и 20 семей со здоровыми детьми, не имеющими нарушений психического и физического развития. Основные группы исследования составляли 29 детей с детским аутизмом (F84.0) и 12 детей с атипичным аутизмом (F84.1), у которых отсутствуют в анамнезе данные за органическое поражение головного мозга, нейроинфекции или какие-либо другие факторы предрасполагающие к развитию РАС, а также их родители.

Здоровые дети и родители были включены в группы сравнения. Комплексное клиническое обследование включало объективный осмотр, сбор анамнестических сведений, тщательное клинико-лабораторное, функциональное и инструментальное обследование, консультации узкими специалистами. Проводилось патопсихологическое обследование с использованием шкалы CARS [Children Autistic Rating Scale, Шоплер, 1980]; шкалы TEACCH-PEP [Psychoeducational Profile, Шоплер, 1979]; Опросника анализа семейных взаимоотношений (АСВ). В качестве биологического материала для молекулярно-генетического исследования использовался буккальный эпителий. Забор материала проводится на базе РНПЦ психического здоровья, молекулярно-генетические исследования – на базе Института биоорганической химии Национальной академии наук Республики Беларусь. В работе были задействованы современные методы молекулярно-генетического анализа: полимеразная цепная реакция, секвенирование и др. Разработана методика молекулярно-генетического исследования с проведением клинико-генетических корреляций и определением генетических маркеров. Сконструированы олигонуклеотидные праймеры для генотипирования.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного на базе Республиканского научно-практического центра психического здоровья исследования микроэлементного статуса детей с РАС и их родителей было установлено, что у каждого обследованного наблюдалось нарушение метаболизма таких микроэлементов, как: кальций, медь, цинк, железо, алюминий. Дисэлементозы присущи как детям с расстройствами аутистического спектра, так и их родителям. Данное обстоятельство может быть обусловлено генетическими особенностями, экологической ситуацией либо сложившимися особенностями питания этих семей.

Наиболее отчетливые отклонения содержания микроэлементов у детей с РАС, и их родителей прослеживаются по концентрациям кальция, меди и цинка. При исследовании волос на содержание микроэлементов чаще наблюдаются изменения в сторону снижения показателей (снижение содержания кальция в 27,9 % случаев, меди – 90,7 % и цинка – 65,1 %). Частота встречаемости сниженного содержания микроэлементов у детей с аутистическими расстройствами и их родителей полностью сопоставима по меди (90,7 %) и несколько выше показателей их родителей по цинку (65,1 % у детей и 58,2 % у их родителей) и кальцию (27,9 % у детей и 24,4 % у их родителей).

Полученные в результате исследования результаты подтверждаются работами доктора Уильяма Уолша, возглавляющего Пфейффер-центр

в США. Изучив анализы 503 пациентов с аутизмом в клинике, У. Уолш и его коллеги обнаружили, что абсолютное большинство пациентов имели ненормальный метаболизм металлов, в частности, цинка и меди. Данные нарушения ученый связывает с нарушением функции белка металлотионеина (МТ), выполняющего ряд важных функций в организме. По его мнению, эти функции включают в себя регуляцию уровней цинка и меди в крови, детоксикацию ртути и других токсичных металлов, участие в развитии и функционировании иммунной системы и нейронов мозга. Неблагоприятное воздействие среды во внутриутробном периоде, грудном периоде или в раннем детстве может нарушить систему МТ, результатом чего будет замедленное или приостановленное развитие нейронов и возможное начало РАС [3].

Поскольку МТ играет важную роль в регуляции баланса меди и цинка у здоровых людей, тот факт, что у большинства пациентов, исследованных в Пфейффер-центре, обнаруживают дисбаланс меди и цинка, подтверждает, что дисфункция МТ является важной частью патологии при аутизме. Другими словами дисбаланс микроэлементов является маркером нарушения функции данного белка. Полученные результаты позволяют предположить возможную роль изменений в структуре гена МТ как этиопатогененического фактора развития аутизма и дисэлементозоов как симптомов данной патологии.

Для подтверждения гипотезы, на базе Республиканского научно-практического центра психического здоровья и Института биоорганической химии Национальной академии наук Республики Беларусь проведены исследования роли полиморфизма гена МТ в патогенезе РАС. Полученные данные указывают на то, что из 41 обследованной семьи, в которой есть ребенок с аутизмом в 33 (80,5 %) отмечались мутации (G/C генотип) в SNP rs45570941 во втором интроне гена MT3. В 29 (70,7 %) семьях данные мутации отмечались как у детей с РАС, так и у их родителей. В 4 (9,8 %) семьях G/C мутации отмечались либо у одного из родителей, либо только у ребенка. В группах сравнения мутация в установленном SNP rs45570941 не была установлена. Полученные в результате молекулярно-генетического исследования и проведения клинико-генетического сопоставления данные указывают на взаимосвязь SNP rs45570941 во втором интроне гена MT3 (G>C) с частотой развития аутизма у детей в возрасте от 2 до 14 лет.

Выводы. Нарушения микроэлементного статуса присущи как детям с расстройствами аутистического спектра, так и их родителям. Наиболее отчетливые отклонения содержания микроэлементов у детей с РАС, и их родителей прослеживаются по концентрациям кальция

и меди (снижение содержания меди в 90,7 % случаях и цинка – в 65,1 %). Поскольку металлотионеин (МТ) играет важную роль в регуляции баланса меди и цинка в организме, тот факт, что у большинства обследованных пациентов обнаруживают дисбаланс меди и цинка, подтверждает, что дисфункция МТ является важной частью патологии при РАС.

Структурные изменения в гене МТ3 (SNP rs45570941 во втором интроне) отмечались у 80,5 % обследованных детей с РАС. Полученные в результате молекулярно-генетического исследования и проведения клинико-генетического сопоставления данные указывают на взаимосвязь SNP rs45570941 во втором интроне гена МТ3 (G>C) с частотой развития РАС у детей в возрасте от 2 до 14 лет.

Корреляция структурных нарушений гена МТ3, дисэлементозов по содержанию меди и цинка и развития у детей аутистических расстройств позволяют предположить возможную роль мутаций гена МТ3 в этиопатогенезе РАС.

Список литературы

1. Скальный А. В. Микроэлементозы человека: гигиеническая диагностика и коррекция // Микроэлементы в медицине, 2000

2. Марчук С.А. О роли дисбаланса макро- и микроэлементов развитии расстройств аутистического спектра. Вестник смоленской государственной медицинской академии 2013. Смоленск, 25 апреля 2013. – С. 162.

3. Jaquelyn McCandless. Children with Starving Brains // Child Neurology

Матьякубова М.К., Хаджаева Н.И., Давлатярова У.М.

Нарушения сна у пациентов с тревожно-фобическим расстройством

Узбекистан, г. Ташкент. Ташкентская медицинская академия, кафедра психиатрии наркологии

Тревожно-фобические расстройства часто протекают с нарушениями сна, которые также могут усугубить течение заболевания и способствовать его рецидиву. Распространенность расстройств сна

у пациентов с тревожно-фобическими нарушениями составляет от 68 до 93 %. В большей степени сон нарушается при наличии ночных панических приступов, однако только у 30–45 % больных эти эпизоды рецидивируют.

Целью настоящего сообщения является изучение особенностей нарушений сна у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами. Для реализации поставленной цели нами было проведено психопатологическое, клинико-динамическое исследование 20 пациентов с тревожно-фобическими нарушениями в рамках различных нозологических категорий, проходивших стационарное лечение в отделении пограничных психических расстройств психиатрической больницы. Было обследовано 17женщин и 3 мужчин. Средний возраст пациентов составил 20,5±4,8 год

Результаты. У всех обследованных наблюдались те или иные инсомнические расстройства, среди которых можно выделить пресомнические и интрасомнические нарушения. Всех пациентов можно было разделить по наличию панических атак сна и бодрствования. Пациенты с паническими атаками бодрствования составили группу из десяти человек, панические атаки сна и бодрствования наблюдались у девяти человек, только у одной пациентки отмечались исключительно ночные приступы паники.

У большинства пациентов (16 человек) наблюдались пресомнические расстройства в виде ослабления влечения ко сну. Больные подолгу не могли уснуть, отход ко сну сопровождался эмоциональным напряжением, беспокойством, «прокручиванием» в голове тревожных мыслей о здоровье и/или психотравмирующей ситуации.

Интрасомнические расстройства в большинстве случаев (10 наблюдений) выражались в панические атаках. Ночные приступы по своей структуре, не отличались от дневных. Чаще всего панические приступы «будили» больных посреди ночи. Они просыпались от сильного чувства страха, сопровождающегося ощущением нехватки воздуха, сердцебиением, тяжестью, давлением в грудной клетке, волнами жара, холода, разливающихся по телу, сильным потоотделением и т.д. Все пациенты получали базовую терапию комбинациями антидепрессантов с транквилизаторами и/или нейролептиками.

Выводы. Нарушения сна часто коморбидны с тревожно-фобическими расстройствами, носили полиморфный характер и во многом определяли клинико-психопатологическую структуру.

Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю.

Нарушение принятия решений как фактор суицидального риска у эндогенных психических больных юношеского возраста

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Ключевые слова: суицидальный риск, принятие решений, гипотеза соматических маркеров, исполнительные функции.

Актуальность проблемы изучения суицидального поведения пациентов, страдающих эндогенными психическими заболеваниями, обусловлена высоким уровнем самоубийств в этой группе. Последнее время все больше внимания уделяется нейрокогнитивным факторам суицидального поведения. В рамках нейрокогнитивного подхода речь может идти как о когнитивном дефиците, так о нарушении процесса принятия решений. Суицидальный акт является следствием принятого решения.

Принятие решений – процесс, основанный как на когнитивной информации, так и реализующийся с участием эмоциональной составляющей. Считается, что в процессе принятия решений параллельные эмоциональные и когнитивные пути обработки информации функционируют как единый механизм, однако при сложных неопределенных ситуациях или при различных патологиях возможно рассогласование в работе этих систем. Для оценки роли эмоций в принятии решений в современных исследованиях используются методики, которые приводят к конфликту между рациональным и эмоциональным принятием решений. Проблема роли эмоций при принятии решений наибольшее развитие получила с появлением гипотезы соматический маркеров А. Дамасио [Медведева и др., 2013; Damasio et al., 1991]. Для оценки роли эмоций в принятии решений в современных исследованиях широко используется Игровая задача (IGT – Iowa Gambling Task) [Bechara et al., 1994].

Целью исследования являлось изучения связи суицидального риска у больных эндогенными психическими расстройствами и нарушений процесса принятия решений.

Методики и испытуемые. Обследованную когорту составил 85 человека, проходящих лечение в стационаре в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (46 мужчин и 39 женщин). Из них 35 человек (19 мужчин и 16 женщин) – «группа

суицидального риска» – имели в анамнезе либо попытку суицида, либо явно заявляли о наличии суицидальных идей. Остальные пациенты (50 человек) – «группа без суицидального риска» – не имели в анамнезе суицидальных попыток и идей. Группа нормы состояла из 77 здоровых человек, без диагностированных психических заболеваний и без суицидальных попыток или идей.

При выполнении исследования были использованы методики:

Компьютерная методика Игровая задача (IGT) [Медведева et al., 2013; Bechara et al., 1994]. Использовалась модель «ожидание-результат» Expectancy-valence (EV) [Busemeyer, Stout, 2002].

Висконсинский тест сортировки карточек (WCST). В Висконсинском тесте помимо стандартных параметров теста был использован параметр «персеверации на основе последних 3 ходов» [Медведева и др., 2012], и оценивали импульсивность как «количество неперсеверативных прерываний категорий».

Для оценки результатов использовались методы статистического анализа.

Результаты и обсуждение.

Игровая задача. Значимые отличия между группами были выявлены в интегральном показателе Игровой задачи – «преобладании хороших выборов над плохими». Группа с суицидальным риском статистически значимо отличалась как от группы нормы, так и от группы без суицидального риска (для группы без суицидального риска и группы с суицидальным риском 17,2 и 1,3 соответственно, p=0,009). При этом различий в выполнении игровой задачи группой нормы и группой без суицидального риска выявлено не было. Также у группы с суицидальным риском были значимо ниже показатели «общего счета» и «минимального счета Игровой задачи» («общий счет» 2099 и 1698 для группы без суицидального риска и группы с суицидальным риском).

В группе с суицидальным риском было значимо снижено «внимание к проигрышу» в Игровой задаче. Было выявлено статистически значимое отличие значения этого параметра для группы с суицидальным риском по сравнению с группой нормы и с группой без суицидального риска (для групп без суицидального риска и с суицидальным риском 0,37 и 0,65 соответственно, p=0,001).

Висконсинский тест. Группа больных без суицидального риска значимо хуже выполняла Висконсинский тест по сравнению с группой нормы. Ухудшение касалось «количества собранных категорий», «общего количества ходов» (группа нормы за меньшее количество

завершала тест), «количества прерванных категорий», «процента персевераторных ошибок» (все различия статистически значимы). Группа с суицидальным риском по показателям Висконсинского теста занимала среднее положение между группой больных без суицидального риска и группой нормы, выполнив тест лучше, чем группа больных без суицидального риска. Но статистически значимые отличия группы с суицидальным риском от группы нормы были выявлены в только в «общем количестве ходов». Больные с суицидальным риском завершали тест после большего количества ходов и делали больше персевераторных ошибок, по количеству собранных категорий, количеству прерванных серий статистически значимых различий выявлено не было. При этом группа с суицидальным риском выполнила Висконсинский тест лучше, чем группа без суицидального риска, это проявилось в одном из основных показателях Висконсинского теста – «проценте персевераторных ошибок», которых в группе с суицидальным риском делали значимо меньше (20,05 и 15,79 для групп без суицидального риска и группы с суицидальным риском соответственно).

Обсуждение. Принятие решений на основе эмоционального опыта было нарушено у группы с суицидальным риском, и отличалось как от группы нормы, так и от группы без суицидального риска. Больные с суицидальным риском игнорировали отрицательные последствия своего выбора. В то же время выполнение группой без суицидального риска не отличалась от группы нормы. Данный результат соответствует другим исследованиям [Richard-Devantoy et al., 2014], и позволяет сделать вывод о специфичности измеряемого дефицита в принятии решений именно для риска суицидального поведения, а не для самого по себе психического расстройства.

Отличия в «проценте персевераторных ошибок» в Висконсинском тесте между группами больных с суицидальным риском и без суицидального риска и обеих групп больных от группы нормы позволяет говорить о специфичности этого показателя для психических заболеваний, но при этом в группе суицидального риска этот показатель оказался ниже. В группе суицидального риска делали меньше персеверационых ошибок, чем в группе больных без суицидального риска. Это говорит о том, что больные с суицидальным риском отличаются лучшей способностью к логическим рассуждениям, им проще удерживать принципа решения и легче переключаться на новое решение.

Связь выполнения Висконсинского теста с риском суицидального поведения подтверждается не всеми исследователями. Для аффективных расстройств показано, что нет различий в выполнении

Висконсинского теста группами с суицидальными риском и без суицидального риска [Richard-Devantoy et al., 2014]. Для больных шизофренией показано, что факторами риска являются чувство безнадежности и осознание болезни, но при этом относительно более высокое когнитивное функционирование [Kim et al., 2003], в том числе меньший процент персеверативных ошибок у больных с суицидальным риском, по сравнению с больными без суицидального риска.

Полученный в нашем исследовании результат может отражать тот факт, что группы больных включали как больных шизофренией с первым психотическим эпизодом, так и больных с аффективными расстройствами. В исследовании, близком по составу выборки с нашим исследованием [Burton et al., 2011], получен аналогичный результат для Висконсинского теста. Авторы делают выводы о лучшей способности к рассуждению и решению логических задача у людей, совершивших попытку суицида.

Еще одним из объяснений может быть тот факт, что в ряде исследований связывают снижение способности к инсайту о своем психическом заболевании и увеличение количества персеверативных ошибок в Висконсинском тесте [Shad et al., 2004]. Пациенты с первым эпизодом шизофрении с более высоким уровнем инсайта выполняли лучше Висконсинский тест и делали меньше персеверативных ошибок. Многими авторами показано, что высокий уровень инсайта при психическом заболевании является фактором риска суицида.

Выводы. Показано, что при снижении способности принимать основанные на эмоциях решения в неопределенных ситуациях и сохранности способности к формальным логическим рассуждениям у больных эндогенными психическими расстройствами юношеского возраста повышается потенциальный риск суицидального поведения.

Список литературы

1. Медведева Т.И., Ениколопова Е.В., Ениколопов С.Н. Гипотеза соматических маркеров Дамасио и игровая задача (IGT): обзор. Психологические исследования, 2013, 6(32), 10.

2. Медведева Т.И., Ковязина М.С., Земляная А.А. Особенности мышления у больных эпилепсией с разной латерализацией очага эпиактивности. Вопросы психологии, 2012, 3, 125–133.

3. Bechara A., Damasio A.R., Damasio H., Anderson S.W. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. Cognition, 1994, 50(1-3), 7–15.

Меринов А.В., Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Байкова М.А.

Клинико-психологическая характеристика юношей и девушек, воспитанных в семьях алкоголиков

г. Рязань. ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России

Проблема взрослых детей алкоголиков (ВДА) актуальна уже не одно десятилетие, что прямо пропорционально количеству алкоголезависимых людей. Большинство исследователей отмечают, что воспитание в семьях, где родителями страдали алкогольной зависимостью, оставляет след на психологическом благополучии потомства [Москаленко В.Д., 2006; Jordan S., 2010]. В нашей работе были исследованы клинические (суицидологические) и психологические показатели девушек и юношей, один из родителей которых страдал алкогольной зависимостью.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач были обследованы лица, имеющие как минимум одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью: 90 незамужних девушек (20,5±1,5 года) и 100 неженатых юношей (20,7±2,2 года).

Контрольные группы состояли из: 200 девушек (20,6±1,1 года) и 180 юношей (21,2±1,7 года), родители которых не сталкивались с подобной проблемой.

Все респонденты были набраны при обследовании студентов старших курсов медицинского вуза в течение пяти лет. Критериями включения в экспериментальную группы являлись: самостоятельная оценка как минимум одного из родителей, как страдающего алкоголизмом (обследование самих респондентов всегда проводилось после разбора со студентами учебной темы: «Болезни зависимости»), а также, самостоятельного заполнения их родителями бланка теста CAGE и MALT (Münchner Alkoholismus Test). В случае совпадения обеих оценок, а также при наличии информированного согласия всех участников, обследованные молодые люди относились к группе ВДА.

Критериями исключения являлись: отсутствие согласия на участие в исследовании, невозможность убедительной верификации статуса респондента, наличие заметных психический отклонений.

Критериями включения в контрольные группы являлись, соответственно, отсутствие аналогичных указаний на присутствие алкогольной

зависимости у одного из родителей. Все наблюдения, вызывающие сомнения по тем или иным причинам, в исследование включены не были.

В качестве основного диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [Шустов Д.И., Меринов А.В., 2010].

Для оценки личностно-психологических показателей в группах использована батарея тестов, содержащая: опросник диагностики переживания гнева Ч. Спилбергера (STAXI), тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI), а также тест Mini-Mult (сокращенный вариант MMPI).

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона).

Результаты исследования и их обсуждения. Суицидологические и экспериментально-психологические характеристики юношей, выросших в семьях, где родитель страдал алкоголизмом. Прежде всего, отличия между группами заключается в отношении суицидальных типов реагирования – суицидальных попыток и мыслей, которые достоверно чаще наблюдаются в группе юношей из группы ВДА. Суицидальные попытки ближайших родственников встречаются у них более чем в два раза чаще, чем в контрольной группе. Также для юношей из изучаемых семей характерно достоверно большее количество обнаруживаемых у них предикторов суицидального поведения, таких как: чувство одиночества, отсутствие смысла жизни, безысходность. У них же достоверно чаще выявляются и несуицидальные паттерны аутоагрессивного поведения (нанесение себе самоповреждений, эпизоды приёма ПАВ, склонность к неоправданному рискованному поведению). В группе юношей из группы ВДА преобладают психастенические черты характера (нерешительность, высокая тревожность, постоянные сомнения), что совпадает с характеристиками «взрослых детей алкоголиков» и самих аддиктов, приводимых в литературе [Balsa A.I., Homer J.F., French M.T., 2009; Меринов А.В., 2012].

Обращает на себя внимание частота использования такого защитно-психологического механизма, как замещение, суть которого заключается в том, что подавленные эмоции направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства (зачастую, на самого себя).

Значение коэффициента, отражающего направленность гнева и агрессии «на себя» у юношей, воспитанных в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, достоверно превышает подобные показатели у лиц контрольной группы, что коррелирует с их высокими показателями суицидальной и несуицидальной аутоагрессии.

Суицидологические и экспериментально-психологические характеристики девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкоголизмом. У девушек из группы ВДА значительно чаще встречались суицидальные мысли и суицидальные попытки.

Они же с высокой вероятностью обнаруживали такие несуицидальные аутоагрессивные паттерны, такие как: опасные для жизни привычки и хобби, случаи физического и сексуального насилия в прошлом.

Для этой же группы характерна высокая частота обнаружения предикторов суицидального поведения, таких как: моменты острого одиночества, склонность к длительным угрызениям совести, опыт обращения к психиатру.

Основным защитно-психологическим механизмом является регрессия, подразумевающая применение более простых и привычных поведенческих стереотипов, существенно обедняющих общий арсенал решения конфликтных ситуаций.

Так же хорошо видно, что значения коэффициентов, отражающих направленность реализации гнева и агрессии, заметно выше в экспериментальной группе и аналогичны соответствующим значениям у состоявшихся жён из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [Меринов А.В., 2012].

Резюмируя полученные данные, можно утверждать, что юношей и девушек из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью, характеризуют существенное количество статистически значимых различий, как по суицидальным, так и несуицидальным паттернам аутоагрессивного поведения, а также по целому ряду их предикторов.

Заключение и выводы. Итак, рождение и воспитание в условиях семьи, где один из родителей или оба, страдают алкогольной зависимостью, накладывает серьезнейший отпечаток на развитие личности ребёнка. Наше исследование убедительно демонстрирует, что данная проблема касается не только характерологических черт или склонности к определённым коппинг-стратегиям, но и формирует заметный антивитальных фон в группах.

Полученные данные диктуют необходимость серьёзного отношения к инициативам, подразумевающим особое отношение к «взрослым

детям алкоголиков», созданию психотерапевтических программ и сообществ, а кроме того, осознание заинтересованными специалистами, такого предиспонирующего суицидальному поведению фактора, как «последствия рождения и воспитания в условиях семьи больного алкогольной зависимостью».

Мусина А.А., Татаева Р.К., Керуенова З., Сакенова А.К., Сембиева Ф.Т., Карибаева А.

Уровень психологического здоровья подростков г. Астаны

Казахстан, г. Астана. АО «Медицинский университет Астана»

Проблема охраны здоровья подрастающего в настоящее время приобрела важнейшее значение. Вызывает озабоченность продолжающейся рост различных форм психических нарушений, девиантных и «рисковых» форм поведения у детей и подростков [*Сидоров П.И., Новикова И. А.,2010]*.

Целью работы была оценка уровня психологического здоровья подростков с выявлением факторов риска.

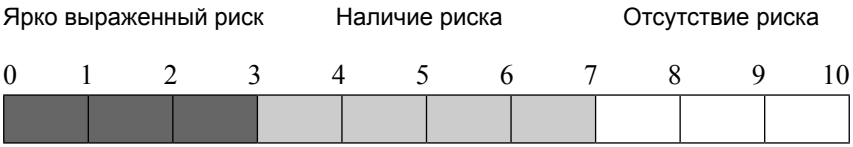
Материал и методы. Исследование проводилось в рамках гранта МОН РК, на базе школ города Астаны. Были получены информированные согласия 260 родителей и проведено психологическое тестирование подростков в возрасте 10-15 лет.

Диагностика уровня психологического здоровья проводилось по компьютерной программе в системе «Диагностика психологического здоровья», разработанного в ИП «Институт преодоления кризиса» (РФ).

Анализировались показатели, по 3-м блокам (биологический с базисными приобретениями, блок новообразований возраста и социальный), для которых использовалась 10-шаговая шкала измерения изучаемых свойств.

Биологические факторы риска уточнялись в беседе с родителями, по таким параметрам как наследственность, осложнения в первые годы жизни. В базисных приобретениях рассматривался дефицит или наличие тех или иных приобретений, а также определялся уровень развития психологического здоровья. Так, в данном блоке 10-ступенчатая шкала позволяла определить место обследуемого в континууме между дезадаптивным и адаптивным уровнем психологического здоровья,

а также дефицитом и присутствием рассматриваемых базисных приобретений:



В блоке новообразования возраста – изучался дефицит или наличие тех или иных новообразований возраста – компонентов психологического здоровья (самоидентификация, наличие позитивного жизненного сценария, навыки ответственного выбора, внутренний локус контроля, внутренние ресурсы.

Оценка социальных факторов риска складывалась из нескольких параметров, которые включали в себя особенности семейной системы, социальный статус, продуктивность социального функционирования, коммуникативная сфера, адаптивные способности и поведенческие реакции, типичные для подросткового возраста (социальное взаимодействие; отношения со сверстниками; поведенческие реакции, характеристика дисфункциональности семьи; характеристика процесса воспитания в семье.

Обработка статистической базы проводилась в пакете программы Statistica.

Результаты и их обсуждение. Скрининг потенциальных проблем при опросе родителей показал, что по таким параметрам как нарушения в развитии, особенно в первые годы жизни у подростков отсутствовали, значения как у девочек, так и мальчиков и в целом были в диапазоне 0,11±0,06 баллов. Только показатель «наследственность» показал наличие риска (7,15±0,16 баллов), что указывает на присутствие отягощенности в области психических заболеваний.

Блок «базисных приобретений» позволил определить место обследуемых в континууме между дезадаптивным и адаптивным уровнем психологического здоровья. Показатели больший различий у мальчиков и девочек не имели, в среднем по выборке они находились на уровне 5,90±0,12 баллов, что по шкале риска проявляется у подростков дефицитом базисных приобретений, которое будет способствовать развитию у них дезадаптивного уровня психологического здоровья.

Для психологического здоровья важны определенные личностные характеристики, такие как «ответственность», «адаптивные

способности», но именно эти показатели имели самые низкие значения в среднем по общей выборке (1,39±0,15 баллов и 4,27±0,19 баллов), что свидетельствует об имеющихся личностных проблемах. По другим базисным показателям у подростков были средние баллы (от 5,39 до 6,71), что свидетельствует о наличии риска:

– по показателю «автономность» значение 5,90±0,12 баллов указывает на на недостаточную сформированность волевых качеств, состояние напряженности, которая мешает принимать самостоятельные решения;

– по показателям «уверенность» и «трудолюбие», присутствует риск в колебании самооценки, ее нестабильности, возможности проявлений амбивалентности в поведении подростков (5,51±0,13 баллов по всей выборке), а также недостаточной устойчивостью интересов, что проявляется в статусе избеганием физических и интеллектуальных нагрузок (5,72±0,13 баллов по всей выборке). По мнению Богомоловой И.В. и Фарбер Д.А., именно активность диэнцефальных образований, в начале полового созревания подростков, препятствуют дифференцированному вовлечению различных областей коры в организацию когнитивных процессов [Богомолов А.М., 2008];

– по показателю «открытость», значения были в диапазоне 6,71±0,12 баллов, что свидетельствует о затруднении в общении с окружающими и средней коммуникабельной активности;

– по показателю «инициатива» значения 6,35±0,12 баллов свидетельствует, что при достаточно развитой целенаправленности возможен недостаток стремления в достижении имеющихся целей. В сложных ситуациях возможны проявления скованности, блокирующей собственные инициативы.

Оценка блока новообразований возраста показало, что показатели вошли в диапазон наличия риска, т.к. баллы держались в диапазонах 5,06 и 6,33, что свидетельствует:

– по показателю «самоидентификация» о недостаточной устойчивости в отношении жизненных интересов и планов, так подростки не всегда могут ограничить, что из этих планов связано с собственными интересами, а что извне. Возможны в статусе проявления неустойчивости самооценки, дефицит эмоциональной уравновешенности с волевыми качествами, который будет проявляться больше в сложных ситуациях;

– по показателям «позитивного жизненного сценария» и «навыка ответственного выбора» средние значения предполагают наличие у подростков определенных интересов, которые, однако, не достаточно

устойчивы. Представление о достижении жизненных целей не достаточно четкие и ясные, в связи с чем, возможно путаница в способах реализации собственных жизненных планов, и в сложных ситуациях подростки будут передавать ответственность в другие руки, а при принятии решений проявлять импульсивность. Это расхождение в дальнейшем может быть одной из причин кризиса самооценки;

– «внутренний локус контроля» находится на среднем уровне интернальности, предполагая избирательное отношение подростка к возможности управлять своей судьбой, когда за часть обстоятельств и событий в жизни он будет принимать ответственность, за другую (неудачи, конфликты и др.) ответственность ими будет перекладываться на внешние обстоятельства или других людей.

Оценка социальных факторов риска складывалась из нескольких параметров, которые включали в себя особенности семейной системы, социальный статус, продуктивность социального функционирования, коммуникативная сфера, адаптивные способности и поведенческие реакции, типичные для подросткового возраста.

По показателям «поведенческие нарушения» и «характеристика процесса воспитания в семье» в целом по всей выборке баллы соответствовали уровню ярко выраженного риска (1,20±0,14 и 1,21±0,14 баллов соответственно), что свидетельствует о дефицитарном или деструктивном формировании. Большую роль в этом будет играть отрицательный микроклимат в семьях, что в системе формальных и неформальных отношений с миром взрослых, будет обуславливать возникновение отчужденности, грубости и неприязни, что создаст объективные предпосылки для проявления агрессивности, демонстративного неповиновения.

Другие показатели блока социальных факторов риска имели средние значения и были по шкале оценки на уровне «наличие риска» (в среднем для общей выборки от 5,0 до 6,20 баллов), что дает основание считать о возможном их усилении или ускорении по шкале оценки риска, как в конструктивном, так и в деструктивном векторе, которое будет зависеть не только от психологических свойств подростка, но и от среды в целом. Так, в условиях отсутствия общепризнанных морально-этических норм поведения одни и те же формы рискового поведения в рамках различных личностей могут являться проявлением как патологического, так и, наоборот, адаптивного реагирования.

Таким образом, выявлено, что ярко выраженный риск у исследуемых подростков больше проявился в блоке социальных факторов, в виде поведенческих нарушений, проблем в процессах воспитания

в семье, а также в личностных характеристиках и адаптивных способностях. Распространенность низких значений в среднем по общей выборке свидетельствует об имеющихся личностных проблемах, что на фоне отсутствия у подростков запаса прочности психологического здоровья, требует обязательного включения их в групповую работу профилактически-развивающей направленности.

Список литературы

1. Сидоров П.И., Новикова И.А. Способ скрининговой оценки факторов здоровья // Гигиена и санитария. – 2010. – № 2. – С. 85–89.
2. Богомолов А.М. Структурно-функциональный подход к оценке адаптационного потенциала личности // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 28. – С. 53–58.
3. Богомолов А.М. Структурно-функциональный подход к оценке адаптационного потенциала личности // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 28. – С. 53–58.

Низомов Ф.Н., Маннабов С.А., Ражапбаев И.Ш.

Аффективные расстройства в структуре патологического влечения при алкогольном и никотиновом абстинентном синдроме у подростков

Узбекистан, г.Ташкент.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Аффективные расстройства имеют место на всех этапах течения наркологического заболевания. Они облигатно присутствуют в структуре абстинентного синдрома, патологического влечения как впостабстинентном состоянии, так и на этапе ремиссии.

Цель исследования: изучение аффективных расстройств в структуреабстинентного синдрома.

Материалы и методы исследования: общее количество больных, вошедших в исследование, составило 40 человек. Все больные наблюдались стационарном и амбулаторном порядке в подростковом отделении ГНД г. Ташкента. Из них больные с алкогольной зависимостью составили 25 человек, возрастной диапазон от 16 до 18 лет. С никотиновой зависимостью15 человек, возраст от 16 до 18 лет. Для регистрации аффективной симптоматики использовались: шкала Гамильтона

для оценки тревоги (HARS),шкала Монтгомери – Асберга для оценки депрессии(MADRS), шкала самооценки депрессии Бека.

Результаты исследования: установлена прямая корреляционная взаимосвязь между выраженностью патологического влеченияи аффективными расстройствами.

В алкогольном абстинентном синдроме наиболее высокая степень корреляции выраженности патологического влечения была с пониженным настроением (+0,87), внутренней напряженностью (+0,69), раздражительностью (+0,65) для $p<0,05$.Для тревоги (+0,79) и дисфории (+0,72) эта связь была еще более достоверна значима ($p<0,01$).

В никотиновом абстинентном синдроме высокая степень корреляции выраженности патологического влечения к никотину была с пониженным настроением (+0,79), дисфорией (+0,74), раздражительностью (+0,69) для $p<0,05$. Для тревоги (+0,76) и внутренней напряженности (+0,72) связь была еще более достоверна значима ($p<0,01$).

Выводы. Таким образом, во всех выделенных группах пациентов (с алкогольной зависимостью, с никотиновой зависимостью) в абстинентном синдроме присутствуют аффективные расстройства тесно связанные с патологическим влечением. Все вышесказанное подтверждает общность проявлений аффективных расстройств как компонента патологического влеченияпри зависимостях от алкоголя и никотина.

Николаева Т.А., Творогова Н.А.

Динамика показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами среди детей старшей возрастной группы (15–17 лет) и юношей и девушек 18–19 лет в Российской Федерации в 2004–2014 годы

г. Москва, ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского»

Детско-юношеская возрастная группа населения представляет основу социально-экономических ресурсов страны. В то же время данная возрастная группа является наиболее динамичной в плане изменений численности, уязвимой в плане возникновения заболеваний, в том числе и психическими расстройствами, и к любым социальным изменениям, поскольку находится в периоде развития и личностного становления.

Цель работы: анализ динамики показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами детско-юношеской группы населения России в 2004-2014годы.

Материал и методы. С использованием клинико-статистического метода проанализированы материалы государственного статистического наблюденияза период с 2004 по 2014 гг., относящиеся к контингентам лиц, страдающих психическими расстройствами, содержащиеся в отчетной форме №10 «Сведения о заболеваниях психическим расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)». Использованы сведения Росстата о численности населения соответствующих возрастных групп за указанный период.

Результаты. Показатели распространенности психической патологии в разных возрастных группах населения заметно отличаются друг от друга. В возрастных группах детей 0–14 лет, детей старшей группы 15–17 лет и юношеской группы 18–19 лет эти показатели являются наиболее высокими. По данным за 2013г., показатель общей заболеваемости психическими расстройствами в целом по России составил 2855,6 на 100 тыс. населения. В то же время у детей 0–14 лет этот показатель составил 2951,7 на 100 тыс. детей, у подростков 4746,1 на 100 тыс. подростков, у лиц юношеского возраста 5831,2 на 100 тыс. населения в возрасте 18–19 лет. Следовательно, показатель общей заболеваемости психическими расстройствами у лиц юношеского возраста превышал аналогичные показатели у детей почти в 2 раза (1,98 раза), у подростков – в 1,2 раза, и более чем в 2 раза (2,04 раза) – у населения в целом [Макушкин Е.В., Демчева Н.К., 2014].

Показатели первичной заболеваемости расположились в несколько иной последовательности. Показатель для всех возрастов составил 319,8, наиболее высоком был показатель у детей 0–14 лет – 552,1, на втором месте у юношеской группы – 475,2, на третьем у детей старшей группы 15–17 лет – 462,3.

За 10-летний период выделились тенденции в динамике абсолютного числа страдающих психическими расстройствами пациентов и показателей общей и первичной заболеваемости подростков и юношей.

Подростки 15–17 лет. Абсолютное число зарегистрированных лиц, обратившихся за амбулаторной помощью, за указанный период сократился на 35,7 % – с 296559 до 190629, убыль составила 105936 человек. Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом сократилось

более чем вдвое – на 54,1 % (с 41063 до 18835, убыль –22228 человек).

В первом пятилетии анализируемого периода – с 2004 по 2009 годы заметно (на 3–6 % ежегодно) сократилось число обратившихся за специализированной психиатрической помощью подростков 15–17 лет. В результате их число за 5 лет снизилось с 296559 до 227536, на 69023 человека (на 23,3 %). Число подростков с впервые в жизни установленным диагнозом сократилось на 14455 человек (на 35,2 %). Во втором 5-летии данная тенденция продолжилась, но темпы убыли уменьшились и выглядели следующим образом: в 2010-2011-2012-2013-2014 годы с темпами снижения в процентах 4,0-4,5-3,6-1,5-0,7. В целом за второе 5-летие контингент подростков сократился с 227536 до 190623, на 36213 человек (на 16,2 %), в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом с 26606до 18835, на 4773 человека (на 29,2 %). Отметим, что в 2009–2014 гг. абсолютное число подростков с впервые в жизни установленным диагнозом уменьшалось разными темпами: с 2010 по 2012 гг. высокими на 9-11 % ежегодно, в 2013 г. – темп убыли составил 4,2 %, в 2013 г. – 0,8 %.

Юношеский возраст 18-19 лет. В данной возрастной группе сложилась аналогичная с вышеизложенной картина динамики числа пациентов. Абсолютное число зарегистрированных пациентов за 10 лет сократилось с 263259 до 169968, на 93291 человек (на 35,4 %). За первое пятилетие снижение было на 36283 человек (на 13,8 %), второе – на 57008 человек (на 25,1 %). Еще в большей степени уменьшилось число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства: в целом за 2004–2014 гг. с 35690 до 13265, на 22425 человек (на 62,8 %). В первом 5-летии число этих пациентов уменьшилось на 11611 человек (на 32,5 %), во втором – на 10814 человек (на 44,9 %).

Динамика показателей общей заболеваемости психическими расстройствами оказалась сходной у подростков и юношей, но по направленности движения значительно отличалась от динамики абсолютного числа пациентов в обеих возрастных группах. Как было отмечено выше, в обеих группах абсолютное число обратившихся за помощью снизилось в 2 и более раза. Показатели общей заболеваемости в обеих возрастных группах увеличились. Показатель общей заболеваемости у подростков увеличился на 14,3 %, причем прирост в основном пришелся на первый 5 летний период – 13,2 %. В юношеской возрастной группе за весь 10 летний период показатель общей заболеваемости вырос всего на 4,9 %, причем в первый

5 летний период показатель уменьшился на 1,3 %, во второй увеличился на 6,3 %.

Динамика показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами в обеих возрастных группах по своей направленности совпала с динамикой абсолютного числа пациентов, которым диагноз был поставлен впервые в жизни. Различия имелись в темпах снижения числа больных и уровней показателей заболеваемости.

Среди подростков 15–17 лет абсолютное число лицс впервые в жизни установленным диагнозом уменьшилось в 2,2, а показатель первичной заболеваемости – в 1,2 раза (на 18,4 %), в том числев первом 5-летии – на 4,4 %, во втором – на 14,7 %.

В юношеской группе абсолютное число лиц с впервые установленным диагнозом уменьшилось в 2,7 раза, а показатель первичной заболеваемости снизился в 1,7 раза (на 22,8 % в первом пятилетии, и на 21,8 % во втором).

Обсуждение. Проведенный анализ позволил выделить ряд особенностей динамики общей и первичной заболеваемости, наметившихся за последнее время. Уменьшение в 1,6 раз числа обратившихся подростков, в 2,2 раза числа впервые выявленных лиц рассматриваемых возрастных групп (у юношей в 2,7 раз) предполагает необходимость пересмотра действующей психиатрической практики в направлениииспользования новых форм работы. Для более детального изучения указанных тенденций желательно использовать сравнительный анализ показателей по федеральным округам и отдельно взятымрегионам страны.

Динамика абсолютного числа лиц с психическими расстройствами и показателей общей и первичной заболеваемости обусловлена динамикой численности населения изучаемых возрастных групп, имевшей место в 2004 – 2014 гг. Абсолютное число подростков 15–17 лет за анализируемый период сократилось в 1,8 раза, юношей и девушек 18–19 лет – в 1,6 раза. Возможно, это объясняется демографической волной. Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сократилось более интенсивно по сравнению с контингентами пациентов, обратившихся за помощью, что указывает на необходимость углубленного анализа динамики распространенности психических расстройств в детско-юношеских возрастных группах с целью разработки профилактических мер.

И.В. Олейчик, Г.И. Копейко

Современные подходы к психофармакотерапии больных с аффективными расстройствами юношеского возраста

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Период юности характеризуется особой психобиологической перестройкой организма, вызванной бурным созреванием морфофункциональных структур головного мозга, эндокринной, иммунной и нейрокогнитивных сфер и является мощным патопластическим и патогенетическим фактором, определяющим возникновение целого ряда клинических особенностей эндогенных аффективных расстройств юношеского возраста.

Высокая распространенность аффективной патологии в юношеском возрасте, частые диагностические ошибки, обусловленные возрастной специфичностью и атипией психопатологической картины и клиники аффективных нарушений, высокий суицидальный риск и большая частота рецидивов заболевания в пределах подростково-юношеского периода обуславливают необходимость отдельного рассмотрения проблемы оптимизации терапевтической тактики для этого контингента больных. Сохраняют свою актуальность задачи по разработке и внедрению новых методик терапии биполярного аффективного расстройства юношеского возраста с применением препаратов последних поколений, которые эффективно воздействуют на ключевые патогенетические механизмы и удовлетворяют таким основным требованиям как высокая эффективность, максимально щадящий профиль побочных эффектов, оптимальный режим терапии и удобный способ дозирования препарата.

Проведение терапии аффективных расстройств, возникающих в подростково-юношеском периоде имеет ряд существенных особенностей, что определяет необходимость корректировки принципов лечения биполярных аффективных расстройств, общепринятых у больных зрелого и инволюционного возраста. В первую очередь, речь идет о атипии реагирования больных данного контингента на психофармакотерапию, более высокой, чем в других возрастных группах, частоте терапевтической резистентности, обусловленной, согласно одной из гипотез, незрелостью у подростков и юношей нейрональных структур мозга, ответственных за регуляцию аффекта. Кроме того, ряд авторов сообщают о значительно большей, чем при лечении больных зрелого возраста, частоте возникновения и выраженности побочных явлений,

что касается, в основном, применения ТЦА, нормотимиков первого поколения и классических нейролептиков. Серьезной проблемой, возникающей при лечении больных юношеского возраста, является особо высокий риск совершения диагностических ошибок при выявлении биполярного характера течения с последующей неадекватной тактикой при выборе терапии, нередко способствующей инверсии фаз, с формированием быстроциклического либо континуального течения, значительно хуже поддающегося лечению и резко утяжеляющему прогноз.

Как показал опыт работы группы по изучению психических расстройств юношеского возраста отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «НЦПЗ», терапия юношеских аффективных расстройств требует применения специально разработанного алгоритма психофармакологического воздействия.

С целью определения оптимальных подходов к усовершенствованию методов лечения и профилактики биполярного аффективного расстройства юношеского возраста (ЮБАР) изучена выборка больных с юношескими депрессиями, маниями и смешанными состояниями (174 наблюдений: 59 женского пола, 115 мужского; средний возраст 19,2 лет). Диагностика по МКБ-10: F 30.1-2; F 31.1-6; F 32.1-4). Наряду с клинико-психопатологическим анализом использовались шкалы HDRS-21, CGI, UKU. Полученные результаты сопоставлены с аналогичными показателями пациентов зрелого возраста, что позволило вывести ряд клинико-фармакологических закономерностей, характеризующих терапию ЮБАР.

Установлено, что при лечении больных с ЮБАР необходимо учитывать ряд особенностей: имеющуюся в большинстве случаев более низкую комплайентность этого контингента с отсутствием полноценной критики к собственному состоянию и формирующееся, как следствие этого, негативное отношение к проводимой терапии, что обуславливает предпочтительность применения депонированных и пролонгированных форм лекарственных средств; ундулирующий характер аффекта с высокой частотой фазообразования, что делает нормотимики препаратами первого выбора и заставляет крайне осторожно относиться к назначению антидепрессантов; специфические пубертатные симптомокомплексы в структуре аффективных расстройств (дисморфофобические сверхценные идеи, синдром «метафизической интоксикации» и «юношеской астенической несостоятельности», гебоидный симптомокомплекс и т.д.), что делает необходимой аугментацию базовой терапии (нормотимики) адекватными дозами типичных и атипичных

антипсихотиков; ускоренный метаболизм большинства применяющихся для лечения БАР фармакологических средств в гепато-ренальной системе, быстрое усвоение и резкое достижение пика концентрации большинства лекарственных средств, что требует тщательного подбора суточных и курсовых дозировок препаратов; необходимость проведения более длительной, чем в зрелом возрасте, поддерживающей и профилактической терапии, нередко растягивающейся на весь период взросления. При выявлении резистентного характера маниакального состояния рекомендуется совместное применение двух стабилизаторов настроения, подтверждена эффективность и безопасность этой комбинации препаратов у больных юношеского возраста.

При выборе антидепрессивной терапии лечащему врачу следует учитывать неравномерность проявления тимоаналептического действия антидепрессантов из группы СИОЗС: быстрой реализации стимулирующего эффекта с запаздыванием тимолептического и анксиолитического. С этими факторами может быть связано формирование особой картины проявлений депрессии – присоединение тревоги, взбудораженности, двигательного беспокойства, а также повышение суицидального риска, что обуславливает необходимость аугментации этих антидепрессантов антипсихотиками

При использовании для терапии юношеских биполярных расстройств атипичных антипсихотиков необходимо учитывать особый характер и опасность таких нежелательных явлений, как кардиотоксичность (вплоть до летального исхода от внезапной сердечной смерти), гепатотоксичность, гиперандрогения, гиперпролактинемия, когнитивные нарушения на субклинических дозах психотропных средств, повышение уровня половых стероидов, поликистоз яичников и т.д., что также требует осторожного подхода при выборе психотропных препаратов для терапии юношеских аффективных расстройств.

Весьма эффективным способом лечения резистентных к психофармакотерапевтическим средствам подростково-юношеских биполярных аффективных расстройств остается, по нашему мнению, метод электросудорожной терапии.

Важным моментом в разработке тактики адекватной терапии больных подростково-юношеского возраста, страдающих БАР, является необходимость использования комплексного подхода, включающего, помимо психофармакотерапии, применение когнитивно-бихевиоральных методов, групповой и семейной психотерапии. Необходимо также отметить, что, согласно закону об оказании психиатрической помощи в Российской Федерации, особую значимость имеет важность

соблюдения правовых норм (учета юридических ограничений) при назначении больным подростково-юношеского возраста психотропных средств с обязательным психофармакологическим информированием как больных, так и их родственников, о характере психотропного действия и возможных исходах терапии заболевания, а также о свойствах и побочных действиях планирующихся к применению медикаментозных средств и других способов терапии. Важным моментом является необходимость получения у больного информированного согласия на проведение лечения, учет (согласно РЛС) разрешения на применение конкретных препаратов в подростково-юношеском возрасте.

Пережогин Л.О.

Интернет-аддикция и коморбидные ей состояния у детей и подростков

г. Москва, ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского»

Феномен зависимости от интернета и сетевых технологий известен с середины 1990-х годов [Young K.S., 1996]. В развитых странах проникновение интернет в домохозяйства приближается к 90 % (в Нидерландах – 94 %, в Скандинавских государствах – 90–91 %, в Великобритании – 85 %, в России в 2013 году – 40–41 %, однако в Москве, Петербурге, Новосибирске и др. крупных городах – 60–62 % – данные РИА Новости). Интернет становится все более доступным по мере проникновения в население технологий беспроводного доступа, осуществляемого через мобильные устройства (смартфоны, планшетные ПК). По оценкам зарубежных исследователей [Rosenberg O. etall., 2013] риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10 % популяции. Наиболее уязвимой категорией пользователей в плане формирования зависимости является молодежь и подростки. Имеются данные за утяжеление клинических проявлений зависимости – описаны клинические случаи формирования абстинентного синдрома при интернет-зависимости [Пережогин Л.О., 2014], сходного по своим проявлениям с абстиненцией у наркозависимых.

В современном представлении зависимость от интернета и мобильных средств доступа к нему занимает промежуточное положение между зависимостями и расстройствами влечений. Однако, выраженность влияния социальной среды на формирование этого патологического состояния заставляет все в большей степени склоняться к тому, что мы

имеем дело преимущественно с аддиктивным типом патогенеза интернет-зависимости. Как минимум, четыре фактора лежат в основе формирования зависимого поведения: информационный (иллюзия контакта с информированным источником), коммуникационный (анонимность, реальное время, множественность образов, мультипользовательская среда), идентификационный (утрата связи образа с личностью – по аналогии с аддиктивной личностью Ю.В. Валентика – растянутость образа во времени, самостоятельно формируемые характеристики образа, включая возраст и пол), сетевая социализация (сетевая субкультура, сообщества маргинальных групп, криминальная киберсреда и т.д.). Все эти факторы носят выраженный социальный характер. В тоже время нетрудно заметить, что по отношению к действию данных факторов особую уязвимость обнаруживают дети и подростки с определенной преморбидной патологической почвой, с личностной деформацией, с нарушениями способности к взаимодействию со сверстниками, парциальной когнитивной дефицитарностью.

Цель исследования: выявить преморбидные психические расстройства и нарушения психического развития у детей и подростков, обнаруживающих зависимость от интернета и мобильных средств доступа к нему.

Материалы и методы: исследование проведено на клинической базе ФМИЦПН им. В. П. Сербского МЗ РФ – в неврологическом отделении КДЦ Морозовской ДГКБ ДЗМ. Основным методом являлся клинико-психопатологический, использовались данные экспериментально-психологического, электрофизиологического методов. В данной работе использованы данные пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью в связи с зависимостью от интернета в 2013–2014 гг. Для констатации интернет-зависимости использовались критерии К. Янг [Young K. S., 1996] и Л.О. Пережогина [Пережогин Л.О., 2001, 2007].

Результаты: обследованы 110 детей (54 девочки, 56 мальчиков) в возрасте 7–16 лет. Все дети были предварительно осмотрены неврологом, у всех были выявлены минимальные неврологические признаки дисфункции ЦНС, не оказывавшие существенного влияния на поведение и повседневное самочувствие. Психически здоровы были 32 девочки (59,3 %) и 21 мальчик (37,9 %)* (* – различия статистически достоверны), 6 девочек (11,1 %) и 8 мальчиков (14,3 %) обнаруживали расстройства шизофренического спектра (в большинстве случаев диагностированное за 1–2 года до настоящего обращения за помощью), расстройства поведения и формирующиеся расстройства личности

были выявлены у 5 девочек (9,3 %) и 11 мальчиков (19,6 %)*, невротические расстройства – у 10 девочек (18,5 %) и 16 мальчиков (28,6 %)*. У 1 девочки выявлена умственная отсталость (F 70.0).

Обсуждение и выводы: наличие преморбидной патологии позволяет дифференцированно оценить характер формирующейся интернет-зависимости у детей и подростков. У детей с расстройствами шизофренического спектра и отчасти – с личностной патологией интернет выполняет преимущественно компенсирующую роль, обеспечивая общение, не доступное со сверстниками, позволяя проявлять творческую (в том числе, патологическую) активность, презентовать свою интеллектуальную продукцию, делиться интимными переживаниями. Для остальных детей сеть обладает преимущественно деструктивным потенциалом: ведет к утрате социальных контактов, резко негативно сказывается на учебе, приводит к углублению личностной деформации. Для данной категории детей особенно актуально преодоление интернет-зависимости, которое лежит преимущественно в плоскости психотерапевтического лечения.

Печникова Л.С.

Особенности саморегуляции поведения у подростков с различной психической патологией

г. Москва, Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова

Актуальность проблемы роста числа подростков с нарушениями поведения в современном обществе не оставляет сомнений. Неустойчивость социально-экономической ситуации, снижение уровня жизни, кризис института семьи, пропаганда насилия в средствах массовой информации ведут к возрастанию различных форм девиантного поведения среди подростков в самых различных ее проявлениях – от прогулов школы, бродяжничества до токсико- и наркозависимости и суицидального поведения.

Наше исследование было направлено на изучение особенностей саморегуляции подростков с различной психической патологией. Причем, мы сравнивали поведение подростков в реальной ситуации (изучая анамнестические сведения и наблюдая за поведением подростка в больнице в разных социальных ситуациях – на уроках, в игровой, в столовой, в спальне) и в экспериментальной ситуации. Под саморегу-

ляцией мы понимали умение планировать, моделировать, программировать, оценивать результаты своих действий, а также контролировать их в любой ситуации, в том числе в ситуации фрустрации.

В нашем исследовании приняли участие 50 подростков в возрасте от 14 до 17 лет (39 девочек и 11 мальчиков), находившихся на стационарном лечении в НПЦПЗДи ПДЗМ (3 и 4 отделения) в связи с нарушениями поведения. Дальнейший анализ проводился по 3 группам: 1) группа подростков с шизотипическим личностным расстройством (F21.8) – нарушения поведения которых связаны с психотическим эпизодом, социальной изоляцией – 15 чел. (8 дев., 7 мал.); 2) группа подростков с самоповреждающим поведением (F98.9 Эмоциональное расстройство и расстройство поведения; F92.8 «Смешанное расстройство поведения и эмоций; основной синдром – психопатоподобный) – нарушения поведения которых связаны с депрессивными состояниями, трудностями переживания конфликтных отношений в семье и со сверстниками– 35 чел. (31 дев., 4 мал.). Все суицидальные попытки носили преимущественно шантажно-демонстративный характер после конфликта в семье (72 %) или школе (15 %). Наиболее частый способ суицидального поведения – отравление таблетками (65 %) или нанесение самопорезов в области предплечья (35 %). У 7 подростков попытка суицида была повторной.

Чаще подростки проживали в неблагополучных семьях (родители злоупотребляют алкоголем, применяют физическое насилие по отношению к подросткам; неполные семьи с конфликтными отношениями с отчимом). Только 5 мальчиков и 4 девочки проживали в полных семьях;3 девочки проживали в детском доме.

Задачами исследования было изучение: 1) стиля регуляции поведения (опросник В.И.Моросановой); 2) стратегий совладания (шкала COPE); 3) когнитивных стратегий в регуляции эмоций (ОКРЭ); 4) рефлексивной ориентации в контроле за действиями (опросник Ю.Куля); 5) паттернов поведения в ситуации фрустрации (Детский тест рисуночной фрустрации С.Розенцвейга).

Исследование проводилось индивидуально с каждым подростком и включало в себя несколько встреч, каждая продолжительностью 1–1,5 часа. С каждым испытуемым проводилась клиническая беседа для установления контакта, а также выяснения семейной ситуации, отношениями с ближайшим окружением и сверстниками и т.д. Затем предъявлялись методики, направленные на изучение разных звеньев саморегуляции, стратегий совладания, контроля за действием и паттернов поведения в ситуации фрустрации.

Были получены следующие результаты:

В целом для подростков обеих групп характерен сниженный общий уровеньсаморегуляции. По индивидуально-типическим особенностям (планирование, моделирование, программирование и оценивание результатов) были получены профили преимущественно на среднем и низком уровне. Что касается регуляторно-личностных качеств (гибкость и самостоятельность), то здесь показатели обеих групп подростков в большей степени попадают на средний и высокий уровень. Это свидетельствует о том, что они чаще опираются на свои собственные установки и оценки деятельности, а не ждут чьей-то помощи или совета.

В ситуации планирования и реализации своих действий подростки с шизотипическим личностным расстройством характеризуются более высоким уровнем контроля, чем подростки с самоповреждающим поведением, но в случае неудачи контроль над своими действиями у них существенно снижается из-за фиксации на собственном на негативном опыте (преобладает ориентация на состояние).

Следует особенно подчеркнуть рассогласование полученных данных в экспериментальной ситуации, где подростки с шизотипическим личностным расстройством демонстрировали высокие показатели планирования и контроля, и в реальном поведении, где социальная дезадаптация этих же подростков связана с неумением контролировать собственное поведение.

Анализируя когнитивные стратегии в регуляции эмоций подростков обеих групп, можно констатировать, что они склонны преувеличивать глобальность произошедшего события и его отрицательные последствия (характерны стратегии «руминация» и «катастрофизация»). Им реже (чем в норме) свойственнытакие стратегии как «фокусирование на планировании» и «позитивная переоценка» ситуации. Т.е. они меньше размышляют о том, как им справиться с трудной жизненной ситуацией и реже ищут положительный смысл в произошедшем событии. По шкале обвинения других группа показала больший разброс оценок: часть подростков склонна в большей степени обвинять других в произошедших событиях и получила очень высокие баллы по данной шкале (68 %), а другая часть, напротив, приписывает вину за произошедшее себе (32 %).

Фрустрирующие ситуации вызывают у подростков с самоповреждающим поведением экстрапунитивные реакции с фиксацией на самозащите (что характерно и для нормальных подростков). Фиксируясь на препятствии и ограничиваясь реакциями самозащиты и обвинения

окружающих, испытывают трудности с контролем собственных аффективных проявлений.Вофрустрирующих ситуациях ярко проявляется неумение таких подростков изменять свое поведение в зависимости от реакции другого человека (можно говорить о ригидности и узком репертуаре реакций).

Подростки, попадая в ситуацию конфликта, как со знакомым и близким ему человеком, так и с незнакомым, в большей степени склонны к уходу и избеганию этой конфликтной ситуации. При этом в эмоциональном реагировании на ситуацию фрустрации наблюдается следующая картина: если речь идет о конфликте с ключевыми родительскими фигурами (отец и мать), подростки чаще испытывают негативные чувства, в то время как в конфликтах с друзьями и незнакомыми людьми преобладает нейтральный эмоциональный фон.

Данные исследования показали, что одной из проблемных сфер у подростков обеих групп является регуляция своего поведения и самоконтроль в конфликтных, фрустрирующих ситуациях. В свою очередь недостаточная развитость функций контроля и регуляции во фрустрирующих ситуациях приводит к формированию определенных паттернов поведения.таких как избегание и уход от конфликта. Подросток не может справиться с фрустрирующей ситуацией, фиксируется на негативном опыте, поэтому предпочитает убежать от нее, свести на нет. Помимо этого, на закрепление подобных дезадаптивных паттернов поведения влияет неумение считывать эмоции и адекватно оценивать отношение других к себе. В конечном итоге подобная фиксация приводит к аутоагрессивным реакциям, в том числе и к попытке суицида, как воображаемом способе ухода от внутреннего конфликта.

Полученные результаты можно использовать в разработке программ психокоррекции подростков с суицидальным поведением. Задачами такой психотерапевтической работы будут являться: расширение репертуара эмоционального реагирования в конфликтных ситуациях, развитие эффективных стратегий совладания, формирование конструктивных форм приспособительного поведения, повышение общего уровня адаптации, снижение внутренней конфликтности, чувства незащищенности, неприятия и тревоги. Наиболее продуктивными при работе с такими подростками, на наш взгляд, являются групповые тренинги, семейная психотерапия.

Пилявская О.И.

Психопатоподобные нарушения при подростковой шизофрении

г. Челябинск, ГБОУ ВПО Южно – Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Введение. В ряду актуальных вопросов, касающихся современного учения о подростковой шизофрении, проблема структурирования клинической феноменологии, оформляющей картину шизофрении в этом возрасте, является одной из основных. Это обусловлено, как наблюдающимся в последнее время патоморфозом данного заболевания, так и многими другими причинами, в том числе особенностями самого подросткового возраста. По мнению ряда авторов [А.Е. Личко, 1985; М.Я. Цуцульковская, 1986; В.В. Ковалев, 1995 и др.] для подростковой психики характерны: универсальность личностных расстройств, их изоморфность, типичность личностных и непсихотических регистров, психопатологическая незавершённость симптоматики, выраженный симптоматический полиморфизм, психологические аналоги психопатологических феноменов, и, наконец, что очень существенно, поведенческие маски психопатологических расстройств. Более того, всемирно известная представительница эволюционно – биологического направления в психиатрии, автор многочисленных исследований, посвященных изучению развития детей, страдающих шизофренией, L. Bender (1966) всегда подчеркивала, что шизофрения в детстве не является синонимом психоза, связанного с прогредиентным процессом. Она объясняет детскую шизофрению, как энцефалопатию, ведущую к задержке созревания во всех областях, что является предпосылкой либо нарушения формирования личности, либо будущего поведения в целом. Поведенческие нарушения, лишенные четкой клинической формы, характеризующиеся размытостью и неопределённостью границ, у подростков зачастую трудно отличимые, как от нормы, так и от болезни. Это обусловливает завуалированность психических расстройств, затрудняет их своевременную диагностику подростковой шизофрении. Зачастую, в случае эндогенного заболевания, нарушения поведения маскируют дебют болезни, уводя исследователя по ложному пути девиантного поведения, либо нервно-психического расстройства пограничного уровня. В связи с этим большой интерес представляет изучение возникающих у подростков таких шизофренических процессов, где проявления болезни ближе всего совпадают со свойственными

этому переходному возрасту психическими признаками [Г.В. Пантелеева, М.Я. Цуцульковская и др., 1986], в частности с поведенческими нарушениями. По мнению известного отечественного психиатра А.Е. Личко (1985) психопатоподобная форма шизофрении (чаще всего называемая гебоидным синдромом), и имеющая феноменологическое сходство с гротескно искаженным пубертатным кризом и «расстройствами поведения», является одной из самых частых в подростковом возрасте, особенно у мальчиков. Именно она, особенно в начале болезни может представлять большие трудности в отношении дифференциального диагноза. Ряд западных исследователей считает, что поведенческие нарушения являются стигматами и отражением позитивных расстройств. По мнению отечественных авторов [Сухарева Г.Е., 1955, Личко А.Е., 1980; В.В. Ковалев, 1995] психопатоподобные нарушения связаны с появлением дефицитарной симптоматики и утратой контроля над поведением, то есть к негативно-дизонтогенетическим симптомам. Немаловажным является тот факт, что поведенческие нарушения имеют большую социальную значимость, а их судебно-психиатрическая оценка в случае противоправных деяний должна быть точной и своевременной. Всё выше изложенное определяет актуальность изучения психопатоподобных нарушений, возникающих в рамках подростковой шизофрении.

Цель исследования: изучить особенности психопатоподобных нарушений при подростковой шизофрении.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе Челябинской областной специализированной клинической больницы № 1. Было изучено 57 подростков мужского пола в возрасте от 14 до 17 лет, находящихся на стационарном лечении, либо состоящих на амбулаторном учете. Критерии отбора:

1. Возраст от 14 до 17 лет.
2. Диагноз шизофрении, установленный впервые.
3. Наличие психопатоподобных нарушений.

Критерии исключения:

1. Психопатоподобные нарушения другого генеза.

Методами, используемыми при исследовании, явились клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, экспериментально-психологический. Диагностика осуществлялась на основании клинико-диагностических критериев МКБ – 10, рубрика F – 20 – «Шизофрения» с привлечением рубрики F – 91 – «Расстройства поведения». В качестве вспомогательных критериев для диагностики поведенческих нарушений в подростковом возрасте использовалась систематика пред-

ложенная В.В. Ковалевым (1985). Также были использованы диагностические критерии вариантов поведенческих нарушений, предложенные в соответствии с клинико-психологической осью А.Г. Амбрумовой (1987). Психологическое обследование осуществлялось с помощью стандартной батареи тестов. Обработка материала осуществлялась с помощью батареи статистических методик.

Результаты. Анализ полученного материала позволил выделить две группы наблюдений. В первой группе (n = 31) в преморбиде у подростков преобладали эмотивные черты характера (n = 11), неустойчивые (n = 7), эпилептоидные (n = 7), истероидные (n = 6). Болезнь начиналась остро, сопровождалась резкой трансформацией характера, появлением новых, не присущих ранее подростку черт психики представляла собой выраженный «пубертатный надлом». Состояние при поступлении было расценено, как, выраженный психопатоподобный синдром. В его структуре отчетливо прослеживались гебоидные проявления: немотивированная жестокость (n = 21), эмоциональная холодность (n = 13), снижение морально-нравстенных установок (n = 17) и другие. Помимо психопатоподобных нарушений, наблюдались: элементарные транзиторные расстройства восприятия в виде «окликов» (n = 21), быстро формирующиеся, не достигающие стадии бреда, идеи отношения (n = 27), транзиторные эпизоды в виде нелепого поведения (n = 7).

Во второй группе наблюдений (n = 26) в преморбиде преобладали сенситивные (n = 15), и шизоидные (n = 11) особенности личности. Имело место постепенное начало, с наличием невыраженных поведенческих нарушений при отсутствии транзиторной острой психотической симптоматики. Поведенческие нарушения не носили ярко выраженного характера, преморбидные особенности и вступление в пубертат, по мнению близких, были вполне благополучными. Поведенческие срывы в момент манифестации заболевания носили характер заострившихся преморбидных черт на фоне нарастающего эмоционально-волевого снижения.

Таким образом, несмотря на квалификацию болезненного состояния подростков, как психопатоподобный синдром, в каждом отдельном случае клиническая картина, тип течения, тяжесть поведенческих нарушений были различны.

Выводы. Изучение психопатоподобных нарушений и связанных с ними поведенческих расстройств при подростковой шизофрении является актуальной проблемой психиатрии и имеет большую значимость как в медицинском, так и социально-правовом аспекте. Разработка этой вопроса важна для своевременной диагностики и выбора оптимальных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Писевич М.В.

Опыт применения палиперидона у подростков страдающих расстройствами шизофренического спектра

г. Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева

Актуальность: Использование современных антипсихотических препаратов у подростков, зачастую, сопряжено со значительными трудностями, обусловленными побочными эффектами этих препаратов. Ряд авторов сообщают об успешном применении палиперидона при шизофрении, и депрессивных расстройствах, коморбидных с расстройствами шизофренического спектра, у взрослых [Davis J.M. et al., 1994; Kissling W., 1994]. Однако, сведения о применении данного препарата в детской и подростковой практике немногочисленны [Kryzhanovskaya L., Schulz C., Mcdougle C., Frazier J., Dittmann R., Robertson-Plouch C. et al., 2009; Nazirizadeh Y., Vogel F., et al., 2010; Pani, G. Marchese, 2009].

Цель исследования. Оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности применения палиперидона у подростков, страдающих эндогенными психическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Обследовано 36 пациентов (мальчиков – 22 (61,1 %), девочек – 14 (38,9 %)) в возрасте от 14 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева МЗ» Средний возраст обследованных составил 16,7±1,22 лет. Длительность заболевания от 1 до 3 лет. Срок наблюдения составил 12 месяцев. Критериями отбора подростков в группу исследования явились: установленный диагноз расстройства в рубрике F 20–21, F 25 по МКБ-10, набравших при оценке по шкале PANSS не менее 70 баллов). Исследование проводилось с помощью клинико–психопатологического метода с использованием стандартных шкал оценки Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Clinical Global Impression (CGI) и шкал двигательных расстройств AIMS, BARS, SAS. Распределение пациентов согласно рубрикам МКБ-10 было следующим: шизофрения, параноидная форма (F 20.0) – 33,3 %; шизофрения простая форма (F 20.6) – 11,1 %; шизофрения псевдоневротическая (F 21.3) – 27,8 %; шизофрения псевдопсихопатическая (F 21.4) – 5,5 %; шизотипическое расстройство личности (F 21.8) – 11.1 %; шизоаффективное расстройство (F 25.0) – 13,9 %.

Результаты. Анализ динамики показателей психопатологических симптомов показал, что при заболеваниях шизофренического спектра у подростков существенная редукция симптоматики наблюдалась по всем рассматриваемым показателям, где у наибольшего количества пациентов отмечалось снижение бальных оценок по показателям шкалы негативных синдромов по показателям пассивно-апатический социальный уход 26 человек (72,2 %), трудности концентрации внимания 21 пациентов (58,3 %), трудности в абстрактном мышлении 24 (66,7 %), волевые нарушения 15 человек (41,7 %), а также по шкале позитивных синдромов по показателям галлюцинаторное поведение у 29 пациентов (80,6 %) и бред у 28 пациентов (77,8 %). Из встречаемых побочных эффектов нами были выделены: развитие экстрапирамидных осложнений у 3 пациентов, которые редуцировались с назначением корректоров, гиперпролактинемия у 1 пациента, депрессия, нарушения сна в течение 1 недели приема препарата.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали эффективность длительно применения палиперидона в дозе от 3 до 9 мг/сут у подростков. Отмечен высокий уровень воздействия на негативную (в большей степени), позитивную, и общую психопатологическую симптоматику при заболеваниях шизофренического спектра, при использовании палиперидона в монотерапии, как при первичном его назначении, так и у пациентов, ранее получавших другие нейролептики. Необходимым условием наблюдения за подростками, получающими палиперидон должно быть создание стойкого терапевтического комплайенса пациента и лечащего врача для своевременной коррекции дозы и выявления отсроченных побочных эффектов.

Проничева И.В.

Особенности психокоррекции суицидального поведения у лиц юношеского возраста в условиях амбулаторной службы на примере кабинета социально-психологической помощи при кризисных состояниях

г. Москва, филиал ГБУЗ им. Н.А. Алексеева ДЗМ «Психоневрологический диспансер № 1»

Цель исследования: выявление специфических особенностей работы психолога при психокоррекции суицидального поведения в условиях амбулаторной службы.

Материал и методы: индивидуальная психокоррекция пациентов возрасте от 15 до 25 лет, находящихся под наблюдением в кабинете социально-психологической помощи при кризисных состояниях.

За последние годы система оказания психиатрической помощи претерпела немалые изменения. Оптимизация условий пребывания в психиатрических стационарах создает предпосылки для развития новых форм оказания внебольничной помощи. Изменения системы оказания стационарной помощи закономерно ведут к развитию и модернизации амбулаторной службы. В числе относительно новых структурных подразделений психоневрологических диспансеров оказался и кабинет социально-психологической помощи при кризисных состояниях. Из приказа МЗ РФ «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» от 06.05.1998 г. № 148: «Кабинет социально-психологической помощи является структурным подразделением психоневрологического диспансера оказывает консультативно-лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием».

Наибольшая частота совершения суицидальных попыток в юношеском возрасте приходится на период от 15 до 24 лет, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемым именно в этом возрасте.

Оказание суицидологической помощи в условиях амбулаторной службы имеет ряд своих особенностей:

Ограниченность приема во времени. Одним из важнейших условий любого терапевтического процесса является четкое структурирование во времени, однако, в случае работы с лицами, находящимися на грани суицида, либо в состоянии после суицидальной попытке условия соблюдения временного регламента изменяются на прямо противоположные. Каждый из специалистов, имеющий отношение к работе с суицидентами должен быть готов к тому, что пациент может запросить гораздо больше времени, чем предполагает регламент.

Ограниченная возможность контакта со специалистами, а так же необходимость посещения диспансера по определенному графику. В связи с этим, обязательным пунктом в работе специалистов кабинета кризисных состояний является информирование пациента о доступных пунктах оказания кризисной помощи, таких как круглосуточный телефон доверия и подобные структуры, куда человек может обратиться в часы, когда психоневрологический диспансер закрыт.

Сохранение прежней социальной ситуации может являться как мощным ресурсом для выхода из кризисного состояния, так и предпосылкой

для возникновения рецидива. Возможность привлечения социального ресурса является несомненным преимуществом в оказании амбулаторной суицидологической помощи.

Организации коррекционной работы с суицидентами посвятили свои труды множество авторов, среди которых Э. Шнейдман, Н. Конанчук, А.Г. Амбрумов и А.М. Полев, Г.В. Старшенбаум, М. Горская, А. Маховиков и многие другие. В своих работах они описывали типы суицидального поведения, анализировали факторы суицидального риска, исследовали глубинные мотивы лиц, совершивших суицидальную попытку, либо находящихся на грани ее совершения, описывали особенности терапевтического процесса.

Основываясь на множестве концепций терапевтической работы, необходимо выделить специфические этапы построения психокоррекционных занятий в условиях амбулаторной службы.

1. Установление контакта, создание мотивации на работу, структурирование процесса терапии. Первая встреча носит ключевой характер, т.к. именно от нее зависит вовлечение пациента в коррекционную работу, а, следовательно, и ее результативность.

2. Исследование мотива совершения суицида. В условиях амбулаторной службы этот этап специфичен тем, что он не может существовать, как самостоятельная единица. Говоря о причинах намеренного ухода из жизни с человеком, чье состояние характеризуется выраженной нестабильностью, терапевт обязан обратиться к ресурсам обеспечивающим витальную активность.

3. Оценка и актуализация внутренних и внешних ресурсов поддержки. Этап, занимающий основную часть терапевтического процесса. Работа на этом этапе в условиях амбулаторной службы позволяет привлекать гораздо более обширный арсенал ресурсов, обеспечивающих процесс выздоровления.

4. Работа с ожиданиями и иррациональным убеждениями, укрепление Я-концепции личности. Субъективные переживания пациентов, совершивших суицидальную зачастую характеризуются крахом системы ценностей, ощущением состояния безысходности. Задача специалиста на этом этапе показать иные способы восприятия сложившейся ситуации.

5. Целеполагание. Предполагает помощь пациенту в определении жизненных ориентиров, постановку целей от ближайших до долговременных и поддержку на первых этапах их достижения. На этом этапе уместно использовать метод поведенческого тренинга.

6. Сепарация. Завершение терапевтических отношений. На этом этапе необходимо передать пациенту полную ответственность за его

жизнь и поступки. Необходимо убедиться в том, что навыки самостоятельного функционирования сформированы.

Таким образом, работа с лицами, входящими в группу суицидального риска на базе кабинета кризисных состояний при психоневрологическом диспансере имеет ряд важных особенностей. Приведенная выше модель оказания психокоррекционной помощи показала себя как действенная, результативная и достаточно эргономичная в условиях необходимости соблюдения жестких временных и территориальных условий.

Список литературы

1. Помро К., Делорм М. и др. Суицидальное поведение в юношеском возрасте// Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 3.
2. Шнайдер К. Клиническая психопатология. – Киев: Сфера, 1999.
3. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях – М.: Эксмо, 2008.

Прохорова Т.А., Бокша И.С., Савушкина О.К., Терешкина Е.Б., Воробьева Е.А., Помыткин А.Н., Каледа В.Г., Бурбаева Г.Ш.

Активность тромбоцитарных митохондриальных ферментов у больных юношеского возраста с первым приступом эндогенного психоза

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Аннотация. В митохондриях тромбоцитов больных юношеского возраста с эндогенными психозами (шизофрения и шизоаффективное расстройство) и в уравненной по возрасту контрольной группе измерены ферментативные активности глутаматдегидрогеназы (ГДГ) и цитохром с-оксидазы (ЦО). Выяснено, что уровни активности ГДГ и ЦО у больных до лечения достоверно ниже, чем в контрольной группе. Обнаружены обратные корреляции активности этих ферментов с суммами баллов по PANSS.

Ключевые слова: глутаматдегидрогеназа, цитохром с-оксидаза, митохондрии, тромбоциты, юношеский возраст, шизофрения, шизоаффективное расстройство.

Тромбоциты периферической крови, благодаря наличию в них митохондрий, являются удобным объектом изучения митохондриальных

биохимических нарушений при различных заболеваниях, в том числе и при эндогенных психозах.

Этиология эндогенных психозов не ясна, и среди гипотез, пытающихся объяснить их возникновение, центральное место занимают нейрохимические гипотезы, предполагающие дисбаланс активности нейромедиаторных систем, в частности, глутаматергической системы. Экспериментально чрезвычайно сложно установить прямую связь между патологическими изменениями метаболизма в головном мозге и биохимическими аномалиями, обнаруживаемыми в периферической крови при психотических расстройствах, и всё же однонаправленное изменение (снижение) активности ферментов энергетического метаболизма было обнаружено как в мозге [Cavelieret al., 1995], так и в тромбоцитах больных [Burbaeva et al.,, 2011].

Цель настоящей работы – оценка уровней активности митохондриальных ферментов – цитохром с-оксидазы (ЦО), фермента энергетического метаболизма, и глутаматдегидрогеназы (ГДГ), фермента глутаматного метаболизма, в тромбоцитах больных эндогенными психозами с первым психотическим приступом до и после антипсихотического лечения и сравнение уровней активности с контрольными случаями.

Материалы и методы. Группа из 17 больных мужского пола юношеского возраста с первым приступом эндогенного психоза (17–25 лет) включала 9 пациентов с диагнозом шизофрения (ШЗ, F20) и 8 – с шизоаффективным расстройством (ШР, F25). Кровь для определения активности ГДГ и ЦО забирали дважды: до начала лечения и по окончании курса терапии антипсихотиками в течение 1 месяца (или дольше – до улучшения состояния). Больные обследованы традиционным клинико-психопатологическим методом с использованием общей шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS), включающей «подшкалы» – позитивной (PANSSpos), негативной (PANSSneg) и общей психопатологической симптоматики (PANSSpsy). Психометрическая оценка больных осуществлялась дважды: до начала лечения и по окончании курса терапии.

Контрольная группа – 8 мужчин без психической патологии, в возрасте 18–25 лет.

Выделение тромбоцитов из периферической крови и приготовление экстрактов проводилось методом, описанным ранее [Burbaeva et al., 2011]. Удельная активность ГДГ и ЦО определялась спектрофотометрическими методами [Burbaeva et al., 2011, Прохорова и др., 2015].

Для статистической обработки данных применялся модуль «непараметрический анализ» программы Statistica 6.0 (StatSoft). Для оценки достоверности различий, изменений параметров и связей между ними применялся метод ранговых парных корреляций (с вычислением R – коэффициента корреляции Спирмена), критерий Краскела-Уоллиса, U-тест Манна-Уитни. Различия и связи считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Обнаружено, что активности ГДГ и ЦО в группе больных юношеского возраста с эндогенными психозами до лечения достоверно ниже, чем в контрольной группе (U-тест Манна-Уитни, $p=0,006$ и $p=0,037$, соответственно). После лечения активности ГДГ и ЦО, хотя и повысились (критерий Вилкоксона, $p=0,039$), но остались достоверно ниже, чем в контрольной группе (U-тест Манна-Уитни, $p=0,016$ и $p=0,035$, соответственно).

Далее были рассмотрены 2 подгруппы пациентов: больные с диагнозом шизофрения (ШЗ, F20) и шизоаффективное расстройство (ШР, F25). Как и в общей группе, у больных подгруппы ШР активность ГДГ до и после лечения оказалась достоверно ниже, чем в контрольной группе (критерий Манна-Уитни, $p=0,0003$, $p=0,011$, соответственно), тогда как у больных подгруппы ШЗ до лечения активности ГДГ и ЦО были ниже, чем в контрольной группе ($p=0,021$, $p=0,017$), а после лечения повысились и достигли контрольных значений.

Критерий Краскел-Уоллиса показывает достоверное различие в активности ГДГ между подгруппами ШЗ, ШР до лечения и контрольной группой ($H=12,42$, $p=0,002$). Различия между этими тремя группами в активности ГДГ сохранились и после лечения, но стали менее заметными ($H=8,55$, $p=0,014$).

Критерий Краскел-Уоллиса не позволяет обнаружить различий в активности ЦО между подгруппами ШЗ, ШР и контрольной группой как до, так и после лечения.

Различия между подгруппами больных (ШЗ и ШР) были выявлены при оценке корреляционной зависимости между баллами по PANSS и активностью ГДГ и ЦО. Так, если в целом в группе больных прослеживалась достоверная отрицательная связь активности ГДГ и PANSSpsy ($R = –0,56$, $p = 0,019$), то в подгруппе ШЗ коэффициент корреляции был еще выше, $R = –0,82$, при том же уровне значимости, причем наблюдалась также и корреляция с PANSStot ($R = –0,66$, $p<0,05$). Это означает, что чем выше активность ГДГ в подгруппе ШЗ, тем ниже сумма баллов по PANSStot и PANSSpsy. В отличие от подгруппы ШЗ, в подгруппе ШР связей активности ГДГ с суммой баллов по PANSS не было обнаружено.

У больных юношеского возраста с эндогенными психозами была обнаружена отрицательная корреляция активности ЦО и PANSStot (R = –0,53, p = 0,026) и PANSSpsy (R = –0,59, p = 0,011). В подгруппе ШЗ была обнаружена тесная отрицательная связь активности ЦО с PANSStot и PANSSpsy (R = –0,70, p = 0,42и R = –0,75, p = 0,02), а в подгруппе ШР подобных связей не обнаружено. После лечения в обеих подгруппах не было выявлено корреляций активности ЦО и баллов по PANSS.

Вывод. В результате проведенных исследований обнаружено, что чем ниже активности тромбоцитарных митохондриальных ферментов ЦО и ГДГ у больных юношеского возраста с первым эпизодом эндогенного психоза, тем тяжелее клиническое состояние (выше суммы баллов по PANSStot и PANSSpsy).

Румянцев А.О., Рябцева В.М, Омельченко М.А.

Возможности биопсихосоциальной адаптации больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Несмотря на обширную разработку вопроса психосоциальной адаптации пациентов с психическими расстройствами, продолжаются поиски новых возможностей для более эффективной помощи им на основе субъективного отношения к болезни и закономерностей выбора стратегий совладания. В настоящее время основным методом работы с пациентами является «интеграция», основанная на «нормализации» психопатологических симптомов больного с целью его социально-трудовой адаптации. Наряду с этим существует метод «инклюзии», широко применяемый в культурологи для помощи «Другому» (индивидууму другого этноса) встроиться в социум, основным аспектом которого является процедура включения больного в общество без «нормализации» психопатологических симптомов с сохранением специфических отличий пациентов от «здоровых», чем можно воспользоваться для расширения границ самопознания, социального совершенствования и снижения самостигматизации. В настоящем исследовании предпринята попытка выявить мишени психотерапевтического воздействия у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста, соответствующих критериям ультравысокого

риска по развитию шизофрении. Предполагаемый подход может стать основой для формирования у больных этой группы новых, эффективных копинг-стратегий.

Цель исследования: Установление возможностей применения метода «инклюзии» для формирования новых копинг-стратегий у больных с непсихотическими формами психических расстройств, соответствующих критериям ультравысокого риска по развитию шизофрении, в зависимости от особенностей психопатологической структуры имеющихся у них субпсихотических расстройств.

Материалы и методы исследования: В качестве материала обследования были использованы данные клинико-катамнестического исследования 32-х больных мужского пола юношеского возраста (16–25 лет) с непсихотическими формами психических расстройств соответствующих при первичном обследовании критериям ультравысокого риска по развитию шизофрении. Продолжительность катамнестического периода наблюдения составила в среднем 5,79±0,36 лет.

Результаты и обсуждение: По результатам исследования были выделены 4 типа расстройств субпсихотического спектра при неманифестных психических заболеваниях – I тип по механизму развития острого чувственного бреда (15,6 % случаев), II тип по механизму развития интерпретативного бреда (40,6 % случаев) III тип по механизму острой кататонической дезорганизации (15,6 % случаев) IV тип по механизму патогномоничных для шизофренического спектра расстройств мышления (28,2 % случаев). Проведенное последующее пятилетнее катамнестическое исследование больных выявило неоднозначные исходы на пятилетний катамнез. При этом одним из критериев исхода было установление внутренней картины болезни, а также самооценки своей измененности, в том числе, и на основании отношений с окружающими. Была установлена их зависимость от типа расстройств субпсихотического спектра.

Больные с I типом психопатологических феноменов показали полную симптоматическую и функциональную ремиссию. Они были стабильны по психическому состоянию, учились или работали, сохраняли и устанавливали новые социальные контакты, вступали в брак. Сфера интересов оставалось как минимум на доболезненном уровне. Больные были довольны качеством жизни и считали себя активными членами общества. Они в наименьшей степени отмечали обеспокоенность вопросами самостигматизации, ввиду отсутствия отождествления себя с больными. Пациенты из этой группы в целом не нуждались в применении метода «инклюзии» для формирования

копинг-стратегий, а в случае востребованности психотерапевтической помощи к ним могли быть применены стандартные психотерапевтические подходы.

Больные с IV типом расстройств продемонстрировали относительно полную симптоматическую и функциональную ремиссию с сохранением имевшихся при поступлении когнитивных расстройств на субклиническом уровне, что сказывалось на некотором снижении социально-трудовой адаптации при восстановлении сферы межличностных отношений. Однако имеющиеся персистирующие нарушения мышления приводили к изменению структуры отношения к болезни. Это негативным образом влияло на осознание проблемы и принятие решений больных, опосредованно ухудшая совладающее поведение и качество жизни в целом. Обеспокоенность данной проблемой и сохранение ее актуальности дает возможность наряду с психокоррекционным воздействием использовать у данной группы метод «инклюзии», позволяющий адаптировать пациента и интегрировать его в социум, формируя для этого адаптивные копинг-стратегии, основанные на наличии когнитивных расстройств по шизофреническому типу.

Пациенты с III типом расстройств показали неполную функциональную ремиссию на фоне относительно полной симптоматической. Больные при низкой социальной адаптации пытались найти свою «нишу» в творческих профессиях, где присущие им психопатологические расстройства расценивались как «приемлимые». Резко сниженным оказался и уровень межличностных отношений. У таких больных отмечалось выраженное искажение репрезентации болезни и лечения, приводившее к самостигматизации. Ощущение своей измененности, низкая самоэффективность в отношении регуляции состояния, дефицит социальных навыков наряду с сохранением довольно высокого уровня мотивации их создания делают данную группу целевой для использования метода «инклюзии». Это предоставляет возможность предпринять попытки социальной интеграции, в том числе и за счет акцента на уникальных свойствах больного, позволяющих повысить самооценку и применить себя в сферах, не требующих обширного социального включения.

У больных со II типом симптомов субпсихотического спектра была установлена как симптоматическая, так и функциональная ремиссия низкого качества. Пациенты оказались социально дезадаптированными – ни один из них на момент катамнеза не достиг уровня доморбидного функционирования. Большинство больных не учились

и не работали, не имели устойчивых интересов, круг общения был резко сужен. Часто сохранялась стойкая подозрительность, недоверчивость к людям. У данных больных, несмотря на относительно тяжелое состояние, не было обеспокоенности вопросом самостигматизации, что было обусловлено, по видимому, недостаточной вовлеченностью в социальную жизнь, а также субъективной оценкой своего состояния, как «нормы». Метод «инклюзии» у данной категории больных необходимо использовать с осторожностью, т.к. высок риск влияния дезаптивных копинг-стратегий, а при необходимости проведения психотерапии, следует сделать отдать предпочтение традиционным психотерапевтическим методикам.

Выводы. На основании оценки симптоматической и функциональной ремиссий в результате проведенного клинико-катамнестического исследования было выявлено, что для применения метода «инклюзии» с целью формирования новых, адаптивных копинг-стратегий, в наибольшей степени подходят больные с непсихотическими формами психических расстройств, соответствующие критериям ультравысокого риска по развитию шизофрении, с III и IV типом психологических расстройств. В дальнейшем планируется исследование для проверки эффективности данного метода в решении проблемы стигматизации и самостигматизации пациентов и более полной реадаптации их в обществе.

Исследование поддержано грантом РГНФ № 15-33-14106.

Список литературы

1. Омельченко М.А., Голубев С.А., Никифорова И.Ю., Каледа В.Г. Оценка риска манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста. // Журн. неврол и психиат. 2014;6 14-20

2. Омельченко М.А., Румянцев А.О., Каледа В.Г. Динамика психопатологических симптомов ультравысокого риска по манифестации шизофрении у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015 (в печати).

Румянцева Е.Е., Зверева Н.В., Олейчик И.В.

Особенности социального интеллекта у женщин молодого возраста, больных шизофренией, после перенесенного манифестного приступа

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Проблема нарушений общения, снижения социальной направленности при шизофрении активно изучалась учеными [Руководство по психиатрии, под ред. Тиганова А.С., 1999; Brune M, 2006; Green M.F., 2008]. При заболеваниях круга шизофрении регистрируется снижение социального интеллекта [Рычкова О.В., 2010]. В.П. Критская и соавт. (1991) утверждают, что при решении проблем, связанных с анализом межперсональных отношений, больные шизофренией (в первую очередь, хронические больные, больные с нарушениями мышления и больные с плохим преморбидом) предлагают меньше вариантов решений и проявляют меньшую способность к эффективному решению межперсональных проблем по сравнению со здоровыми людьми, что подтверждает дефицит коммуникативных способностей и умений. Больным шизофренией свойственно приписывать окружающим собственные интрапсихические диспозиции, что делает социальные отношения для них более сложными [Руденко С.Л. и соавт., 2012]. Отмечается взаимосвязь социальной дезадаптации и низкого качества жизни с низким социальным интеллектом. Показано, что чем более грубыми оказываются нарушения социального познания, тем отчетливее представлено снижение уровня социального функционирования у больных шизофренией [Руденко С.Л. и соавт., 2012; Рычкова О.В., 2010; 2013]. Таким образом, исследование социального интеллекта у молодых больных шизофренией является актуальной клинико-психологической темой, а расширение представлений о социальном интеллекте у молодых женщин при шизофрении позволит оказывать больным более адекватную психосоциальную помощь.

Цель исследования. Изучение особенностей социального интеллекта у больных шизофренией женщин молодого возраста. Оценка влияния ведущего психопатологического синдрома на социальный интеллект у больных шизофренией женщин молодого возраста.

Материал и методы. Было обследовано 24 женщины больных эндогенными заболеваниями шизофренического спектра (шифр по МКБ-10, F20.01, F20.03), находившихся на излечении в ФГБНУ НЦПЗ и ГКПБ № 15. Все больные были в клинически стабильном состоянии,

получали индивидуально подобранную медикаментозную терапию, обследовались на этапе становления ремиссии. Критерии включения испытуемых в исследование: перенесенный первый или второй эндогенный приступ; манифестация первого приступа в период юношеского возраста. Средний возраст больных – 23,1±3,6года. Для оценки влияния ведущего психопатологического синдрома группа больных шизофренией женщин была поделена на две подгруппы: больные шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом (10 человек) и больные шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом (14 человек).

Контрольной группой выступали психически здоровые испытуемые – 90 женщин. Средний возраст психически здоровых испытуемых составлял – 20,5±1,6 лет.

Для оценки социального интеллекта использовался тест Гилфорда-Салливена, адаптированный для российской выборки [Михайлова Е.С., 1996]. Данный тест состоит из четырех субтестов. Субтест № 1 «Истории с завершением» оценивает способность предвидеть последствия поведения, предсказать то, что произойдет в дальнейшем. Субтест № 2 «Группы экспрессии» оценивает способность к логическому обобщению, выделению общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека. Субтест №3 «Вербальная экспрессия» оценивает способность понимать изменение значения сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации. Субтест №4 «Истории с дополнением» оценивает способность понимать логику развития ситуаций взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях.

Результаты подсчитывались по каждому субтесту в отдельности и по всему тесту в целом. Результаты по отдельным субтестам отражают уровень развития одной (или нескольких) способностей познания социального поведения. Результат по тесту в целом называется композитной оценкой (К.О.) и отражает общий уровень развития социального интеллекта.В данном исследовании для статистической обработки данных были использованы т. н. сырые баллы, поскольку они больше соответствуют «шкале измерений», и математическая обработка данных для научного исследования является более точной.

Для математической обработки данных использовалась программа SPSS 16. Испjльзовался однофакторный дисперсионный анализ, критерий Стьюдента для независимых выборок, множественные сравнения основных переменных (по Бонферрони).

Результаты и их обсуждение. Были обнаружены статистически ($p<0,005$) достоверные различия по тестируемым параметрам социального интеллекта в норме и у больных шизофренией. Были получены следующие результаты: по субтесту 1 у нормы 10,4±2 баллов vs. больные шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом 9,3±1,6 баллов vs. больные шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом 7,5±3 баллов; по субтесту 2 у нормы 7±1,9 баллов vs. больные шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом 6,8±1,5 баллов vs. больные шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом 5,1±1,6 баллов; по субтесту 3 у нормы 8,7±2,7 баллов vs. больные шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом 7,8±2,5 баллов vs. больные шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом 7,1±2,5 баллов; по субтесту 4 у нормы 6,2±2,1 баллов vs. больные шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом 4,3±2 баллов vs. больные шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом 3,2±1,1 баллов; общий уровень социального интеллекта (К.О.) у нормы 32,3±5,4 баллов vs. больные шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом 28,3±4,2 баллов vs. больные шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом 22,9±5,5 баллов.

При проведении множественных сравнений были выявлены статистически ($p<0,005$) достоверные различия в выполнении субтеста 1 между нормой и всеми больными шизофренией; в выполнении субтеста 2 между нормой и больнымишизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом; в выполнении субтеста 3 между нормой и больными шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом; в выполнении субтеста 4 между нормой и всеми больными шизофренией; в общем уровне социального интеллекта (К.О.) между нормой и всеми больными шизофренией.

Таким образом, было подтверждено статистически достоверное ($p<0,005$) снижение социального интеллекта в группе больных шизофренией женщин. Полученные данные совпадают с данными отечественных исследователей [Рычкова О.В., 2010]. Обнаружено различие между двумя подгруппами больных шизофренией женщин: в понимании последствий поведения (субтест ГС1) и понимании логики развития ситуации (субтест ГС4) между группой нормы и группами больных шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом и группой с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом. При этом, по пониманию мимики и пантомимики (субтест ГС2) и пониманию вербальных аспектов социальных отношений (субтест ГС3) между группами нормы и больными

шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом не было обнаружено статистически достоверной разницы. Отсутствие различия в понимании мимики и пантомимики можно трактовать как проявление того, что больным шизофренией с ведущим аффективно бредовым синдромом проще понимать состояние и намерения человека, когда у них есть возможность опираться на большее количество информации, т.е. не только на мимику, но и позу, жесты, положение тела. Лучшее понимание вербального аспекта социальных взаимодействий согласуется с данными отечественных исследователей [Курек Н.С., 1988] о том, что больным шизофренией проще понимать эмоциональную экспрессию, когда есть опора на вербальную информацию.

Выводы.

1. Для больных шизофренией женщин молодого возраста характерны сниженные, по сравнению с нормой, показателисоциального интеллекта после перенесенных первого или второго манифестных приступов.

2. Изменение социального интеллекта не однородно внутри группы больных шизофренией. Внутригрупповые различия определяются ведущим психопатологическим синдромом. У больных шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом ряд аспектов социального интеллекта более сохранен.

Самусенко И.Ю.

Особенности нарушения психических функций у подростков при раннем дебюте шизофрении на примере экспериментально-психологического исследования для РВК

г. Москва, филиал ГБУЗ им. Н.А. Алексеева ДЗМ «Психоневрологический диспансер № 1»

В рамках экспериментально-психологического исследования подростков и юношей по направлению РВК нами был проведен анализ нарушений психических функций у больных шизофренией в зависимости от возраста манифестации заболевания.

Цель исследования: Выяснение закономерностей нарушения психических функций у больных шизофренией.

Было обследовано 80 респондентов мужского пола в возрасте от 15 до 18 лет, которые были поделены на две группы, по 40 человек

в каждой. Испытуемые первой группы – молодые люди, манифест шизофрении у которых пришелся на возраст до 15 лет, второй группы – после 15 лет.

Схема проводившегося экспериментально-психологического исследования:

1. Методика «10 слов» для диагностики непосредственного и отсроченного запоминания.

2. Методика «Пиктограмма» для диагностики опосредованного запоминания и особенностей мышления.

3. Методика «Таблицы Шульте» для диагностики внимания.

4. Методики «Простые аналогии» и «Сложные аналогии» для диагностики вербального интеллекта.

5. Методика «Прогрессивные матрицы Равена» для диагностики невербального интеллекта.

6. Для исследования мышления – методика «Классификация предметов», «Исключение предметов», а так же «Соотношение пословиц».

7. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО).

8. Метод наблюдения на протяжении всего ЭПИ.

Исследование показало:

1. Практически у всех обследуемых отмечается нарушение мотивации к исследованию. Но у первой группы (дебют до 15 лет) – эти нарушения более глубокие, что сказывается на результатах выполнения заданий на память и внимание. У второй группы (дебют после 15 лет) – нарушений непосредственного и отсроченного запоминания, а так же объема и продуктивной концентрации внимания фактически не выявляется.

2. Процесс опосредования у первой группы (дебют до 15 лет) существенно затруднен, рисунки, в основном, конкретные и стереотипные, опосредование не улучшает запоминания. У второй группы рисунки отличаются вычурностью, формальностью, снижением числа атрибутивных образов, часто встречаются ассоциации по созвучию. Продуктивность запоминания так же низкая.

3. Исследуемые первой группы испытывают существенные затруднения при оперировании простыми и фактически не способны оперировать сложными аналогиями, невербальный интеллект так же существенно снижен. Испытуемые второй группы более успешны в выполнении интеллектуальных заданий. Многие укладываются в норму.

4. При исследовании мышления у первой группы выявляются, в основном, аморфность, разноплановость, а так же грубые нарушения

мотивационной стороны мышления в виде непродуктивности, у второй группы преобладают разноплановость и искажение процесса обобщений в виде актуализации несущественных признаков.

5. По методике ПДО отмечается общий диагностический признак для обеих групп – дискордантность характера. Преобладает противоречивое сочетание сенситивно-шизоидных и эпилептоидных черт, а так же гипертимных и шизоидных. Отмечается низкая конформность (вплоть до нонконформизма) при слабой реакции эмансипации (что говорит об инфантильности). Выраженность показателя вероятности социальной дезадаптации гораздо выше у пациентов первой группы (дебют до 15 лет), вторая группа в этом отношении более благополучна.

Таким образом, при раннем дебюте шизофрении достоверно больше нарушаются намять, внимание, отмечается недоразвитие интеллекта и нарушения мышления по типу непродуктивности, а так же возрастает вероятность социальной дезадаптации.

При более позднем дебюте мнестические и гностические функции развиты лучше, а так же отмечается некоторое улучшение социальной адаптации.

Список литературы

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1976.
2. Херсонский Б.Г. Клиническая психодиагностика мышления. М.: Смысл, 2014.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. С.-Пб., Издательство «Речь», 2009.

Серебровская О.В., Портнова А.А., Усачева Е.Л.

Медико-психологическая реабилитация пациентов с нервной анорексией в условиях психиатрического стационара

г. Москва ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»

Целью исследования стала разработка программы медико- психологической реабилитации пациентов, поступающих в психиатрический стационар с диагнозом «нервная анорексия».

Материалы и методы. В рамках разработки протокола полипрофессионального ведения пациентов детского и подросткового возраста с нервной анорексией в условиях стационара была создана рабочая программа медико-психологической реабилитации. Общее число наблюдений – 75. В основу программы положено представление о том, что при нервной анорексии происходит искажение внутренней картины здоровья, что выводит работу по ее коррекции на первый план. Кроме того, учитывалось, что дети и подростки с диагнозом «нервная анорексия» характеризуются соматическим неблагополучием, сопровождающим потерю веса, и, как правило, формальностью установки на лечение. Теоретико-методологической основой программы выступили: биопсихосоциальная модель развития и лечения заболеваний, психологическая концепция внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья, проективный подход, а также модель клинической системной арт-терапии. Проективный подход используется как приоритетный как на диагностическом, так и на коррекционном этапах.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования был выявлен ряд принципиальных моментов, учет которых лег в основу разработанного алгоритма работы (программы медико-психологического сопровождения). Установлено, что нервная анорексия является заболеванием, которое негативно влияет не только на физическое и психическое состояние ребенка, но и на систему его отношений и качество жизни, что обуславливает необходимость осуществления психологической помощи в максимально ранние сроки от начала госпитализации. Пациенты с нервной анорексией при поступлении в психиатрический стационар склонны к диссимуляции и установочному поведению, что, с одной стороны, обуславливает необходимость введения адаптационного этапа, предшествующего диагностическому, а с другой – должно учитываться при подборе психодиагностических методик. Заболевание негативно отражается на разных сферах жизнедеятельности ребенка, что требует использования комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, включая психосоциальную поддержку на постгоспитальном этапе.

План медико-психологической работы в рамках разработанной программы подчинен цели и задачам лечебно-реабилитационного процесса в целом, и такой его важной части, как психологическая адаптация пациента к условиям стационара. Программа состоит из нескольких блоков, рассчитанных на решение разных задач на основе преемственности и согласованности общего плана работы.

Содержание и задачи в рамках каждого направления могут уточняться в зависимости от индивидуальных характеристик пациентов, однако условие соблюдения согласованности воздействий в рамках различных видов психологической работы больных является обязательным.

Работа включает 4 этапа: адаптационный, диагностический, коррекционный, заключительный.

В рамках первого (адаптационного) этапа психологическое воздействие преимущественно направлено на решение тактических задач лечения: адаптацию к условиям отделения, эмоциональную поддержку и стабилизацию, повышение мотивации к получению комплексной помощи. Кроме этого, проводится исследование актуальных психических состояний пациента (психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность) и эмоциональных переживаний, их интенсивности и частоты проявления в первые дни госпитализации, а также осуществляется первичный анализ системы отношений пациента к своему здоровью (ВКЗ).

В качестве приоритетных используются проективные методики и короткие опросники.

Диагностика особенностей пищевого поведения, сформированности образа тела на первом этапе представляется неоправданной в силу выраженности установочного поведения и очевидности проблем, послуживших причиной помещения в стационар.

На втором (диагностическом) этапе проводится углубленное патопсихологическое исследование, направленное на изучение особенностей личности, эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер, а также высших психических функций пациента. Одновременно проводится диагностика вызванных когнитивных потенциалов.

На третьем (коррекционном) этапе осуществляется многоплановое психокоррекционное и психотерапевтическое воздействие на уровне актуального и базового конфликтов (с обязательным началом работы с актуального уровня).

Работа строится с соблюдением принципов поэтапности и преемственности: вмешательство в психическую реальность пациента осуществляется постепенно, а задачи, решаемые в рамках конкретных направлений психологической помощи (рациональная, когнитивно-поведенческая, арт-терапия, семейная психотерапия, метод биологической обратной связи), являются едиными и согласованными на каждой ступени работы.

На уровне актуального конфликта выделяются 3 ступени:

1 ступень – диагностическое наблюдение за поведением и состоянием пациента (проводится повторное исследование актуальных психических состояний пациента (психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность) и эмоциональных переживаний, их интенсивности и частоты проявления. Их динамические изменения являются индикатором готовности пациента к активному вовлечению в основную фазу психокоррекционного процесса. На 1 ступени происходит знакомство с психотерапевтическими техниками (в том числе – с терапевтическим ресурсом мультисенсорной среды и методом БОС) и их постепенное освоение.

2 ступень – выявление актуальных конфликтов, микротравм, моделей подражания. На 2 ступени осуществляется проработка психотравмирующих ситуаций, актуальных для пациента, отработка мыслей, чувств и действий в символической форме и в рамках когнитивно-поведенческой модели. Одной из ведущих задач психологической работы становится снижение ситуационной тревожности, которая возникает у пациентов с нервной анорексией при появлении тенденции к увеличению веса.

3 ступень – выявление позитивных событий и позитивных (малоконфликтных) сфер жизни пациента. На уровне 3 ступени начинается работа, которая затрагивает вопросы телесной идентичности, восприятия собственного тела и иные проблемы, непосредственно явившиеся причиной госпитализации. Средствами арт-терапии расширяется осознание содержания внутреннего конфликта таким образом, чтобы стал возможным постепенный переход к работе с базовым конфликтом. 3 ступень является переходной с уровня актуального конфликта на уровень базового конфликта.

На уровне базового конфликта выделяются 3 ступени:

4 ступень – формирование способности вербализовать свои потребности, эмоции, чувства. Начиная с 4 ступени, работа сосредотачивается на формировании адекватной схемы и реального образа тела, десенсибилизации страхов, выявленных на предыдущей ступени работы, с постепенным переходом к осознанию собственных потребностей (актуальных и базовых).

5 ступень – расширение системы жизненных целей, укрепление (или формирование) доверия к миру, развитие более продуктивных отношений с миром. На 5 ступени приоритетными становятся такие задачи как коррекция неадекватных эмоциональных, когнитивных и поведенческих стереотипов, достижение понимания блокираторов потребностей.

6 ступень – поиск альтернативных способов достижения целей. Психологическая работа сосредотачивается на развитии более адаптивных моделей поведения, в том числе, обеспечивающих поддержание хорошего физического состояния и профилактику рецидива.

На четвертом (заключительном этапе) проводится обобщение результатов работы и осуществляется динамическое исследование с помощью батареи психодиагностических методик. Обязательно организуется контрольная диагностика: исследуются актуальные психические состояния пациента – психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность – и эмоциональные переживания, их интенсивность и частота проявления на момент выписки из стационара. Одним из ведущих критериев оценки изменений является динамика внутренней картины здоровья.

Выводы. Работа по коррекции ВКЗ пациентов с нервной анорексией способствует эмоциональной стабилизации, повышает степень личной ответственности пациента за состояние своего здоровья. При согласованном решении медицинских и психологических задач и при условии раннего начала работы в рамках полипроофессиональной программы могут решаться задачи поддержки и генерализации терапевтических изменений, достижения психосоциальной адаптации и улучшения качества жизни.

Станько Э.П.[1], Игумнов С.А.[2]

Динамика показателей Качества жизни ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью на этапах становления и стабилизации ремиссии

Беларусь, [1]г. Гродно, УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
[2]г. Минск, УО «Государственный институт управления и социальных технологий» Белорусского государственного университета

Увеличение числа лиц с наркозависимостью наблюдается в Беларуси еще с начала 1990-х годов. За последние 10 лет количество находящихся под наблюдением наркологических диспансеров пациентов с зависимостью от наркотиков увеличилось в стране в 2 раза и в 2014 г. составило 11411 пациентов, или 120,4 случаев на 100 тыс. населения. Ежегодное увеличение уровня распространенности наркоманий

сочетается с ежегодным возрастанием количества наркотиков, изъятых из незаконного оборота [Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П., 2015].

Движущей силой эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Беларуси остается наркозависимость (45 % случаев), которая захватывает новые административные территории и значительную часть молодого населения страны. Наиболее уязвимой группой в отношении инфицирования ВИЧ остаются ПИН. Поэтому одним из основных направлений профилактики распространения ВИЧ-инфекции является проведение упреждающей работы с распространением, доступностью и потреблением наркотиков среди населения. Учитывая относительно молодой возраст инфицированных ВИЧ, рискованные формы поведения среди ПИН можно утверждать, что ПИН представляют и будут представлять актуальность, как возможный источник ВИЧ-инфекции [Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, Минск, 2012].

Настоящее исследование проводилось в рамках выполнения Государственной программы научных исследований «Фундаментальная и прикладная медицина и фармация» по заданию «Разработать критерии клинико-социального функционирования, оценить качество жизни и дезадаптацию потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), страдающих различными стадиями ВИЧ-инфекции» (2010–2013 гг.).

Исследуемой популяцией были ПИН, которые приняли участие в опросе в течение 2011–2013 гг. в рамках проспективного когортного исследования, проведенного в Брестской, Гомельской, Гродненской областях Беларуси и г. Минске. Критерии отбора участников исследования и основная анкета были идентичны: участники анкетирования имели синдром опийной зависимости, инъекционную практику в течение последнего месяца, информированное согласие перед проведением исследования на участие в анонимном анкетировании.

Цель исследования – изучение показателей качества жизни (КЖ) у ВИЧ-позитивных (ВПН) и ВИЧ-негативных пациентов (ВНН) с опийной зависимостью до и после лечения, на этапе становления и стабилизации ремиссии.

Задачи исследования: изучение клинической, социальной и психологической характеристик пациентов с опийной зависимостью, проведение сравнительного анализа динамики показателей КЖ в исследуемой группе (ВПН) и группе сравнения (ВНН) до и после лечения, на этапах становления и стабилизации ремиссии.

Материал и методы. Основным объектом исследования являются ВИЧ-позитивные пациенты с опийной зависимостью, проживающие

на территории Республики Беларусь. Предмет исследования – клинические, социальные и психологические характеристики зависимых пациентов с ВИЧ и без ВИЧ-инфекции до и после лечения, на этапе становления и стабилизации ремиссии.

Для исследования КЖ использовался опросник SF-36. Обследовано 376 ВПН (I группа) и 444 ВНН (II группа). В основную группу (I) включены пациенты с установленным диагнозом «опийная зависимость» F11.2x и «ВИЧ» B20, удовлетворяющие критериям МКБ-10. Длительность заболевания составляла 10 и более лет.

Результаты. Оценка ВПН и ВНН социальной активности (SF) до лечения показала наличие ограничений в социальной жизни из-за проблем со здоровьем, влияния физического и эмоционального состояния. После курса терапии наблюдается увеличение показателя SF, величина которого у ВПН составила 52,28±23,74, у ВНН – 53,17±20,47 балла. Уровень психического здоровья (MH) до лечения пациентами I и II групп оценивался ниже 50 баллов. При относительном увеличении показателя MH, его величина у ВПН после лечения была ниже 50 баллов, в отличие от ВНН (54,27±16,55). Таким образом, несмотря на проведенное лечение, показатели КЖ у пациентов имели более низкие значения по сравнению с соответствующими показателями здоровых лиц. ВПН значимо отличались от ВНН менее высокими значениями показателей RP, BP, GH, RE и MH, уровень которых после лечения оставался ниже 50 баллов, за исключением показателя BP.

Нормализация социальной активности (шкала SF) на этапе становления и стабилизации ремиссии, более быстрая у ВНН по сравнению с ВПН, отражает уровень социальных характеристик ВНН, поддержку родственников и близких. Спустя месяц от начала наблюдения величина показателя SF у ВНН выросла в 1,3 раза, через 3 месяца – в 1,4 раза, через 12 месяцев – в 1,5 раза и составила 69,87±18,73 баллов. Вместе с тем, среднее значение показателя SF у ВПН за весь период наблюдения было на уровне 49,78±20,65 баллов из 100 возможных. Социальная активность ВПН, низкая по сравнению со здоровыми лицами и невысокая по отношению к ВНН, свидетельствует о влиянии ВИЧ-инфекции на развитие ограничительного поведения у пациентов I группы. Последнее проявлялось сужением социальных контактов, снижением уровня общения вследствие ухудшения их физического и эмоционального состояния.

Уровень психического здоровья (MH), адаптации пациентов в социуме у пациентов I группы значимо ниже по сравнению с пациентами II группы был на этапе становления и стабилизации ремиссии

($p<0,05$). Среднее значение МН у ВНН составило 57,69±15,45, у ВПН – 51,71±21,37 балла, что значительно ниже соответствующего показателя здоровых лиц. По сравнению с ВНН, настроение чаще воспринималось ВПН как неустойчивое, со снижением эмоционального и поведенческого контроля, с тревожными и депрессивными переживаниями, которые нарушали их спокойствие и влияли на функционирование, отражали их психическое неблагополучие.

Негативное влияние на приверженность к лечению оказывает высокая противоправная активность среди ПИН. Так, на учете в инспекции по делам несовершеннолетних состояли в подростковом возрасте 27,7 % опрошенных ВИПН; 61,9 % респондентов отбывали наказание; 6,6 % – имели условный срок; 70,9 % – повторную судимость. Причиной судимости у 64,6 % опрошенных были преступления, связанные незаконным оборотом наркотиков. В большинстве случаев, преступления совершались многократно, повторно: 2 раза – 3,8 % случаев; 3 – 11,7 % случаев; 4 – 29,6 % случаев; 5 – 22,5 % случаев; 6 – 8,9 % случаев; 7 – 5,2 % случаев; 8 раз – 2,3 % случаев. Средний возраст совершения первого правонарушения составил 15,9±0,51 лет. Средний возраст начала первых проб наркотика у большинства ВИПН приходится на возрастной период до 18 лет.

В ходе исследования показано, что ВПН имеют более низкие показатели КЖ по сравнению с ВНН. Несмотря на положительную динамику показателей КЖ после лечения, при становлении и стабилизации ремиссии, их величина у пациентов остается значимо ниже показателей здоровых лиц, что свидетельствует о недостаточности базисного курса терапии для нормализации показателей КЖ и необходимости коррекции тактики ведения ВПН с использованием длительных комплексных лечебно-реабилитационных программ.

Выводы.

1. КЖ ВПН зависит от их физического и психоэмоционального состояния, что подтверждается низкими показателями по шкалам ролевого физического (RP) и эмоционального функционирования (RE), отражает степень ограничения психологической адаптации и уровня СФ ВПН, тяжесть течения заболевания.

2. КЖ пациентов с опийной зависимостью зависит от наличия коморбидной патологии, снижающей величину его показателей, эффективность лечения и указывающей на увеличение степени зависимости от помощи окружающих.

3. Базисный курс терапии позволяет достичь клинического улучшения, но не улучшения КЖ ВПН на этапе становления ремиссии, что

свидетельствует о необходимости разработки алгоритма ведения ВПН, включающего длительные комплексные лечебно-реабилитационные программы, учитывающие нужды и потребности пациентов.

Ключевые слова: качество жизни, опийная зависимость, ВИЧ-инфекция.

Султанов Ш.Х.

Особенности клинической картины больных дистимией с опийной наркоманией

Узбекистан, г. Ташкент. Кафедра психиатрии и наркологии. Ташкентсая Медицинская Академия

Сочетание употребления психоактивных веществ и аффективных расстройств – широко распространенное явление, требующее углубленного клинического изучения и анализа течения заболевания. Высокие показатели распространенности и отсутствие единого подхода к квалификации и лечению таких больных, безусловно, определяют актуальность проблемы сочетания употребления психически активных веществ и аффективных расстройств с как чрезвычайно высокую.

Цель. В соответствие с вышеизложенным, была поставлена цель провести сравнительное исследование клинической картины больных дистимией, принимавших наркотики опийной группы и наркоманией. С этой целью обследовано 26 больных дистимией, осложнённой зависимостью опийными наркотиками (ДОЗОП) и 22 больных опийной наркоманией. Пристрастие к психоактивным веществам у больных дистимией развивается несколько позже, чем у больных наркоманией. Как правило, больные начинают знакомство с ПАВ (включая алкоголь) старше 20 лет, затем, стремительно переживая этап полинаркомании, переходят к тяжелым наркотикам.

Чаще всего причиной начала употребления опийных наркотиков у больных дистимией становится атарактическая мотивация. У подавляющего большинства больных ДОЗОП формирование АС проходит в более длительные сроки, чем у больных наркоманией. Наркотические средства у пациентов с ДОЗОП сочетаются, варьируются и практически всегда дополняются алкоголем, что нехарактерно для традиционных наркоманов. Прием такими больными ПАВ не был дозозависимым, у них не менялась толерантность и, как следствие, принимаемая

доза наркотика. Также больные иногда спонтанно самостоятельно прекращали употребление ПАВ, зачастую делая это спонтанно, не испытывая значительных симптомов абстиненции.

У больных ДОЗОП на фоне терапии происходит более активное подавление симптомов ПАС, чем у больных наркоманией.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, у пациентов ДОЗОП по сравнению с больными наркоманией возраст начала употребления ПАВ значительно старше. У подавляющего большинства больных ДОЗОП формирование АС проходит в более длительные сроки, чем у больных наркоманией. У больных ДОЗОП на фоне терапии происходит более активное подавление симптомов ПАС, чем у больных наркоманией.

Титиевский С.В.[1], Воеводина В.С.[2]

Рефлекторные галлюцинации при наличии патологической ЭЭГ-активности

Украина, г. Донецк, [1]Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
[2]Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

В настоящее время изучена причинная роль эпилептиформной ЭЭГ-активности, при отсутствии пароксизмов, в развитии широкого спектра психопатологических проявлений [Зенков Л.Р., 2007]. В то же время, данные нарушения в виде рефлекторных галлюцинаций, как и в целом рефлекторные галлюцинации в силу их редкой встречаемости, описаны недостаточно.

Цель исследования. Описать рефлекторные галлюцинации, возникающие при наличии патологической ЭЭГ-активности.

Материал и методы. Клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое, ЭЭГ исследование больной 19 лет.

Результаты и их обсуждение. Больная П., 19 лет, не работает. Жалуется на плаксивость («Все хотят обидеть»), внутреннее напряжение, неусидчивость и то, что она называет «зацикленностью»: «Если со щелчком надевают колпачок на шариковую ручку, появляется ощущение, что я под колпачком», «Кто-то при мне пишет – кажется, что пишут по мне», «Хлопает дверь – хлопают по мне», «Кто-то при мне ест – кажется, что поедают меня», «Мама сидит за компьютером, тянет

ленту новостей – и меня как будто тянет». Всё прекращается по исчезновении внешнего раздражителя.

Развивалась нормально. Окончила школу с золотой медалью. Три года назад после стресса возникло чувство тоски и одиночества. Замечала подозрительного мужчину «с глазами неестественного цвета», который ходил за ней («Наверное, хотел познакомиться»). Считала, что в новом классе обижавшие её заболевали тяжелой патологией, могли умереть. Просила мать не заставлять её посещать школу, после отказа порезала себе кожу на руке. Два года назад, якобы, слышала голос знакомого: «Не иди сегодня в школу», «Сдерживай себя», «Смирись», «Бедненькая девочка». Уточняет: «Был ли этот голос? Не знаю. Тогда то ли стол шатало, предметы расплывались». Полтора года назад, живя в районе, подвергавшемся артобстрелам, испытывала тревогу, но успешно сдала выпускные экзамены. Поступила в вуз в другом городе. Крайне тяжело переносила свою новую жизнь. Якобы, слышала мужской голос, «указывавший, что делать, предупреждавший об опасности». В сумерках «углом глаза» видела людей и животных, «растворявшихся» при внимательном рассмотрении. В общежитии «мерещились тараканы, которые ползли из кухни по соседству; казалось, что в еде что-то не то – она на вкус не такая, не так ется: я с тех пор и не могу нормально есть». Была уставшей, тревожной. Прекратила учёбу, дома впервые обратилась к психиатру, госпитализирована в психоневрологическое отделение. Отмечалось сниженное настроение. Рассказывала об обижавших её: «Я не бог, их бог наказывал: сами «дурканули» и себе навредили. Одна девочка надо мной издевалась, а потом над ней так издевались, что она себе вены порезала – не как я, а сильно: долго в реанимации лежала». Была демонстративной. Выписана в удовлетворительном состоянии с заключительным диагнозом «Расстройство адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции у личности с наличием преморбидной акцентуации мозаичного типа (F 43.22)». Через 2 недели вновь поступила в психоневрологическое отделение с жалобами на тревогу, страх («Боюсь смотреть людям в глаза, так как опасаюсь зрительного контакта, ведь могу при взгляде заразить человека своей болезнью»), подавленное настроение, раздражительность, головокружение, чувства «комка» в горле, нехватки воздуха, «шлема» на голове, онемения рук и ног при волнении. Требовала к себе повышенного внимания. Отмечала: «Дома под окном постоянно поёт стриж, будто пролетает сквозь мою голову, влияет на меня», «Когда человек начинает двигаться, возникает ощущение, будто он двигается в моей голове», «Люди проходят через меня, от этого мне плохо»,

«Когда пишу – будто через себя, и оно вылетает», «Когда на меня кричат, то чувствую, как от меня отлетают кусочки». Ощущала боль, когда пели птицы или по коридору шел человек. Не принимала пищу: «Когда начинаю есть, что-то останавливает, вижу всё в белой дымке, потом в тарелке появляется образ дедушки, чувствую это душой и эмоциями, а его я есть не могу», «Когда кто-то ест рядом – будто по голове ходит». Утверждала: «Мои руки – это мои ноги». Испытывала страх, плакала из-за своего состояния, изобразив его в виде пустого круга в груди: «Душа ушла в сознание, образовав шлем», «По рукам и ногам – черные потоки». Якобы, слышала голоса «бога и дьявола», оклики по имени: «Это, когда было совсем плохо, и меня «заворачивало». Я не помнила, что вокруг меня происходило». Потирала лицо, поправляла волосы: «Собираю себя: чувствую, что расслаиваюсь». Переведена в общепсихиатрическое отделение, где высказывала суицидальные мысли, однако тут же уверяла, что завершать суицид не собирается. Отмечает: «Первые дня три ничего не помнила, вспоминаю только обрывками: хотелось куда-то бежать, что-то делать с этим состоянием». После выписки поступила на заочное отделение другого вуза, где и продолжает учиться. Через 3 недели, на фоне терапии галоперидола деканоатом, вновь находится в психоневрологическом отделении из-за плохого сна, головной боли в виде «шлема», слабости, раздражительности, тревоги, неусидчивости, сниженного настроения, плаксивости, «зацикленности» («Хочу вышивать, но ощущение, что тогда часть себя пришью», «Когда кто-то волосы поправляет, меня как бы выбрасывает на него», «Если кто-то идет по асфальту, то должен идти по той трещине, по которой прошла я»).

В беседе контакт продуктивен; стремится отвечать максимально точно, произвести этим благоприятное впечатление. Полностью ориентирована. Спокойно говорит о «зацикленности». Вспоминает, что ощущала на голове птицу («Это сразу происходит на сонапаксе»): «Как крышкой с клювом накрыта голова. Потом я начала бояться голубей и вообще птиц». Отмечает, что ранее чувствовала, как её руки и ноги стали единым целым, из-за чего не могла стоять, ходить. Наличие когда-либо отчётливых слуховых галлюцинаций упорно отрицает: «Не помню. Я и сейчас не всё осознаю – как будто во сне». Мышление последовательное, логичное. Память клинически не изменена. Интеллект высокий. Фон настроения ровный.

Соматически: дистально на внутренней стороне левого предплечья – небольшой поперечный линейный рубец (следствие пореза). В остальном – без патологии.

Неврологически без патологии.

При экспериментально-психологическом исследовании устанавливала связь событий логических цепочек, находила простые и сложные аналогии, поясняла смысл пословиц, строила обобщения по существенным признакам. В пробе Эббингауза правильно вставила все слова. Пояснила верно все 10 метафор. Память и внимание не нарушены. Выявлены лёгкая депрессия ситуативного или невротического генеза, высокая реактивная и личностная тревожность. Тест Люшера: $УТ_1$=1, $УТ_2$=2. Тест СМИЛ: 36«8142‘957–0/ F–К=10.

ЭЭГ: Выраженная патологическая активность, исходящая из коры лобно-височной области правого полушария на фоне умеренных общемозговых изменений биоэлектрической активности головного мозга.

С учетом клинической выраженности истерических стигм реагирования, доминирования показателей 3 шкалы в профиле СМИЛ поставлен диагноз: диссоциативное (конверсионное) расстройство в виде психосенсорных рефлекторных нарушений восприятия (F 44.88).

На фоне продолжения лечения галоперидолом (постепенного увеличения суточной дозы до 15 мг/сут. перорально, отмены галоперидола деканоата) и назначения карбамазенина (600 мг/сут.) отчетливо уменьшилась интенствность «зацикленности», исчезли плаксивость, внутреннее напряжение и неусидчивость.

Как известно, описанные К. Кальбаумом (1866) рефлекторные галлюцинации возникают в сфере одного анализатора при действии реального раздражителя на другой анализатор [Ушаков Г.К., 1976]. Проявления «зацикленности» у больной П., с нашей точки зрения, совпадают с описанием данных галлюцинаций, возникая на фоне патологической ЭЭГ-активности.

Выводы.

1. Рефлекторные галлюцинации в данном случае возникли при отсутствии верифицированной органической неврологической патологии.

2. Интенсификация галлюцинаций может достигать степени выраженного психотического состояния с нарушением сознания и амнезией.

3. Нарушение сознания, в сочетании с изначальным отсутствием эффекта галоперидола и положительной динамикой при комбинации его с карбамазепином, может свидетельствовать об эпилептиформной ЭЭГ-активности как причинном факторе психических нарушений у данной больной.

Ткаченко Н.В.[1], Заика В.Г.[2], Андреева В.О.[3]

О роли нейробиохимических механизмов в развитии депрессивных состояний при ожирении у подростков

г. Ростов-на-Дону [1]ГБУ Ростовской области «Психоневрологический диспансер», [2]ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, [3]ФГБУ Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Минздрава России

В последние годы избыточная масса тела у подростков становится все более распространенным явлением, часто переходя в ожирение взрослых. Отдельно стоящей проблемой выступает высокая частота развития психопатологических нарушений при избыточном весе и ожирении. Особенно опасен в этом плане пубертатный период, являющийся критическим в связи со многими эндокринными, познавательными и социальными изменениями. Раннее менархе, неприятие собственного тела, насмешки окружающих, ощущение социальной изоляции, часто встречающиеся у подростков с ожирением, могут приводить к депрессии, что существенно повышает риск суицидального поведения [Михайлова Е.А., 2014] и делает эту тему злободневной. Частая выявляемость психопатологических расстройств при избыточной массе тела и ожирении, по мнению ряда авторов, связана с общностью нейробиохимических механизмов их патогенеза. В последние годы важная роль отводится нейропептидам, нейромедиаторам, гормонам в регуляции пищевого поведения [Anderson A.D., 2014, Sigurdh J. et al, 2013]. Однако, до конца остается неизученной роль этих веществ в развитии психических нарушений.

Цель исследования. Целью данного исследования было выявление роли лептина, кокаин-амфетамин-регулируемого транскрипта (CART) и нейропептида Y (NPY) в развитии депрессивных проявлений на фоне ожирения у подростков.

Материалы и методы: Были обследованы 60 девушек-подростков с ожирением, которые были распределены на 2 группы. В I группу вошли 36 пациенток с ожирением и диагностированными депрессивными расстройствами, во II – 24 пациентки с ожирением, у которых симптомы депрессии не выявлялись. Средний возраст подростков составил 15,5 лет (16; 14). Индекс массы тела (ИМТ) девушек I группы

в среднем составил 31 (34; 28), II – 30 (32; 27). В группу контроля вошли 20 здоровых девушек-подростков с ИМТ 20 (21; 19).

Проводилось клиническое обследование, оценка уровня депрессии по шкале Гамильтона (HDRS) и шкале HADS. Определялся сывороточный уровень лептина, CART и NPY методом иммуноферментного анализа и проводилось сравнение полученных средних значений между группами. Оценивался средний суммарный балл по данным психометрических шкал и проводился корреляционный анализ для оценки связи психопатологических и нейроэндокринных феноменов с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования нами были получены следующие средние результаты: уровень лептина в I группе составил 53,35 нг/мл (82,3; 34,5), во II группе – 34,78 нг/мл (42,3; 21,6), в группе контроля – 10,1 нг/мл (20,7; 7,7). Таким образом, мы обнаружили повышение уровня лептина в обеих группах пациенток в сравнении с группой контроля: в 5,2 раза ($p<0,05$) у девушек I группы и в 3,4 раза ($p<0,05$) – II группы, что подтверждает данные литературы о состоянии гиперлептинемии при ожирении. При сравнении показателей I и II групп выявлено повышение среднего уровня лептина у пациенток с депрессией в 1,5 раза ($p<0,05$) по сравнению с пациентками без депрессии.

Сывороточный уровень CART составил в I группе 1988,5 пг/мл (3896,1; 1786,8), во II – 1393,2 пг/мл (2475; 896,7), в группе контроля 862,42 (1436,2; 772). При сравнении уровня CART в исследуемых группах выявлены достоверные отличия у пациенток с ожирением в сравнении с контролем. Так, в I группе уровень CART был 2,3 раза выше ($p<0,05$), во II группе – в 1,6 раз выше контрольного уровня ($p<0,05$). Показатели пациенток с депрессией в 1,4 раза ($p<0,05$) превышали показатель девушек II группы (без депрессии). В подтверждение мы обнаружили корреляционную связь между уровнем CART и баллом по шкале HDRS ($\rho=0,58$ при $p<0,05$), свидетельствующую о связи CART с аффективными проявлениями.

Определяя уровень NPY, мы получили, что у пациенток I группы он был в среднем равен 0,49 нг/мл (0,71; 0,34), II группы – 0,71 нг/мл (0,92; 0,34), группы контроля – 0,76 нг/мл (0,95; 0,55). Таким образом, в I группе данный показатель был в 1,6 раз ниже ($p<0,05$), чем в группе контроля. Показатели II группы и группы контроля не имели различий ($p>0,05$). Оценивая связь с депрессией, мы выявили, что при депрессии (в I группе) уровень NPY был в 1,4 раза ниже ($p<0,05$), чем у пациенток с ожирением без симптомов депрессии, что подтверждалось

отрицательной корреляционной связью между уровнем NPY и средним баллом по шкале HDRS (ρ=-0,46 при $p<0,05$).

Выявленное снижение NPY в условиях гиперлептинемии подтверждает антагонистические отношения этих пептидов и свидетельствует о постоянстве гипоталамического контроля над взаимоотношениями лептин – NPY в системе липостата.

Выводы. Полученные результаты подтверждают роль лептина, NPY и CART в регуляции пищевого поведения, а также могут свидетельствовать об их участии в развитии эмоциональных расстройств. Изучение данных показателей может быть использовано в качестве предикторов развития депрессивных расстройств, а также способствовать поиску новых методов лечения.

Токарева Н.Г.

О клинико-психологических аспектах эмоциональных реакций у больных эпилепсией подросткового возраста

г. Саранск, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

Целью данного исследования явилось изучение особенностей эмоциональных реакций у больных эпилепсией подросткового возраста с анализом выраженности нарушений в этой сфере.

Материал и методы. Было проведено клинико-психологическое обследование 50 пациентов в возрасте от 16 до 19 лет с генерализованной формой эпилепсии, длительностью заболевания от 1 года до 10 лет и частотой приступов от 3 раз в день до 8 раз в месяц (тонико-клонические, миоклонические, тонические). Среди обследованного контингента больных средний возраст 17,4 года. Начальное образование имели 12 %, незаконченное среднее – 30 %, среднее – 42 %, средне-специальное – 16 %. Нетрудоспособных – 42 % обследуемых (по 28 %, и 14 % на III и II группы инвалидности соответственно), трудоспособные пациенты составили 68 %. В данной работе использовался клинико-психологический метод, включавший анамнестическую беседу, наблюдение и психологические методики по диагностике эмоциональной сферы (Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник депрессии Бека, шкала депрессии Гамильтона, шкала тревоги Тейлора). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы Statistica.

Результаты и обсуждение. В целом, эмоциональные расстройства, встречающиеся у обследуемых пациентов представлены следующими видами: эмоциональная лабильность, повышенный уровень тревожности, радражительность, гипотимия, дисфория. Выявлено, что для 100 % выборки вне зависимости от трудоспособности, длительности заболевания и частоты приступов характерна эмоциональная лабильность. На долю раздражительности среди эмоциональных расстройств приходится 72 %. Данный вид нарушений наиболее характерен для трудоспособных пациентов и лиц с III группой инвалидности (по 87,5 % и 93 % соответственно). Так же для данных групп больных свойственна повышенная тревожность – в 12,5 % и 7 % случаев соответственно. У большинства обследуемых больных (58 %) отмечены гипотимия, аффективная вязкость, чрезвычайная застойность, инертность аффектов. Высокая эмоциональная реактивность, брутальность и в то же время вязкость аффектов приводят к агрессивности больных, обусловливая их высокую социальную опасность. Именно такая аффективная вязкость с внезапной (ситуационно обусловленной) сменой елейности и угодливости на злобную агрессивность, такая полярность аффектов в высшей степени характерна для больных эпилепсией. В совокупности все это составляет хронические психические изменения при эпилепсии, или эпилептический характер. Психические нарушения проявляются в доприступном периоде в виде предвестников; форм пароксизмов как один из компонентов или как эквивалент приступа; в постпароксизмальном периоде; в межприпадочном периоде; в структуре личностных изменений как проявление характерологических отклонений; в структуре острых, затяжных и хронических эпилептических психозов; как вторичные расстройства. В связи с этим часто изменяется поведение больных, их отношение к окружающим. Вместе с тем, изменения психики у больных эпилепсией неоднородны и не всегда выявляются.

Выводы.

1.Одно из ведущих мест среди психических изменений личности больных эпилепсией занимают аффективные нарушения, которые нередко обнаруживают тенденцию к хронификации. Это подтверждает, что, несмотря на достигнутую ремиссию припадков, препятствием к полноценному восстановлению здоровья таких пациентов являются нарушения в эмоциональной сфере.

2. Видоизменение эмоционального фона больных эпилепсией может быть связано, как с особенностями течения самого заболевания, так и с выраженной социальной дискриминацией и стигматизацией таких больных.

Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А.

Особенности формирования суицидальных мыслей у студентов медицинских ВУЗов

г. Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Целью исследования является изучение особенностей формирования суицидальных мыслей у студентов медицинских ВУЗов.

Обследовано 135 студентов медицинского ВУЗа. Из них 29 юношей (21,48 %) и 106 девушек (78,52 %). Средний возраст обследованных составил 22,21±1,55 лет. 23,70 % студентов сообщили, что испытывали суицидальные мысли в прошлом. В этой группе преобладали девушки (71,88 %). Основными методами были клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, стандартизированного изучения психопатологических данных и статистический.

Обследованные разделены на 2 группы. В 1-ую вошли студенты, не испытывавшие суицидальных мыслей (103 человека), во 2-ую – испытавшие (32 человека). Группы сопоставимы по основным социодемографическим показателям. За время обучения выявлено, что наиболее часто суицидальные идеи возникали в 18 лет и в 22 года. Основными факторами, способствовавшими возникновению таких мыслей в 18 лет, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства. В 21 год – конфликты в семье, проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом и сложности в учебе. В 1/3 случаев студенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось «мягким» способам – отравление и самопорезы. Эти действия возникали под действием следующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50 % случаев), конфликты в семье (25 %), конфликты со сверстниками и др. Одной из основных причин прекращения суицидальных мыслей было разрешение психотравмирующей ситуации. Гармоничное воспитание встречалось у 80 % студентов из 1-ой группы, и у 43,75 % из 2-ой. Статистически значимые различия в баллах по опроснику СМИЛ обнаружены по шкалам – 1, 4 и 7. По шкале 1 в 1-ой группе средний балл – 56,61±1,06, во 2-ой – 58,14±2,92. По шкале 2 в 1-ой группе средний балл – 61,50±0,72, во 2-ой – 63,52±1,33. По шкале 3 в 1-ой группе средний балл – 49,88±1,03, во 2-ой – 54,14±1,18. Во 2-ой группе средний уровень тревоги по опроснику ГТР-7 9,42±1,71, в 1-ой – 5,46±1,76.Во2-ой группе показатель ролевого функционирования,обусловленного эмоциональным состоянием

составил 19,04±5,73, а в 1-ой – 63,54±6,41. Что можно интерпретировать как ограничение ввыполнении повседневной работы, связанное с эмоциональнымсостоянием. Показатель психического здоровья у 2-ой группы составил 39,42±7,43, а у 1-ой – 62,87±3,18. Что может говорить о наличии депрессивных,тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Выводы: к основным внешним факторам, способствующим формированию суицидальных мыслей у студентов медицинских ВУЗов относятся конфликтные ситуации в семье и проблемы взаимоотношения с противоположным полом; у студентов получивших дисгармоничное воспитание значительно чаще встречаются суицидальные мысли, что говорит о сниженных адаптационных возможности; личностный профиль студентов испытывавших суицидальные мысли отличался от профиля не испытывавших, у студентов с суицидальными мыслями были выявленыизбыточный контроль над поведением и высказываниями; выраженная напряженность, неудовлетворенность, вспыльчивость и несдержанность в отношениях; некоторая неуверенность в себе, повышенное чувство вины. Одной из основной причиной исчезновения суицидальных мыслей было разрешение психотравмирующей ситуации. У испытавших такие мысли студентов выявляется повышенный уровень тревоги и снижение качества жизни по показателям психического здоровья и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием.

К появлению суицидальных мыслей приводило сочетание различных факторов. Кроме личностных особенностей, способствующих появлению таких идей, необходимо воздействие нескольких значимых психотравмирующих ситуаций, из которых можно выделить конфликты в семье и проблемы во взаимоотношения с противоположным полом.

Хромов А.И., Зверева Н.В.

Возрастная динамика зрительной вербальной памяти в условиях распределения внимания у детей и подростков с эндогенной психической патологией

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья», ГБОУ ВПО Московский городской психолого-педагогический университет

Оценка становления когнитивных функций детей и подростков, страдающих психической патологией, является не простой задачей в силу сложного взаимодействия продолжающегося психического развития иимеющегосязаболевания. Решение этой задачи, помимо прочего, требует использования разнообразного методического инструментария, одновременно информативного для психолога и нетрудоемкого для больного. Одним из таких методов стала авторская методика, разработанная в.н.с. отдела медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ Н.В. Зверевой, получившая рабочее название «память + счет» (прототип – методический прием Е.Д. Хомской). Данная методика позволяет оценить объем зрительной вербальной памяти в условиях распределения внимания, собственно распределение внимания, а также их изменение под влиянием мотивирующей инструкции («сделать быстрее и запомнить больше»). Тем самым, методика память + счет открывает широкие возможности для оценки когнитивных функций испытуемых.

Целью исследования является оценить возможности улучшения показателей зрительной вербальной памяти в условиях распределения внимания под влиянием мотивирующей инструкции у детей и подростков с эндогенной психической патологией.

Материал и методы. Исследование проводилось методом возрастных срезов на двух выборках: группа больных – 121 человек (79 мальчиков) в возрасте от 8-17 лет (средний возраст 12,7 ± 2,4) и группа нормы – 151 человек (84 мальчика) в возрасте от 8-17 лет (средний возраст 12,6 ± 2,8). Группа больных была сформирована на базе 7-го (детского) клинического отделения НЦПЗ; группа нормы –учащиеся общеобразовательных школ.

Стимульный материал методики«память + счет» состоит из трех карточек.На каждой – десять слов различнойдлины, при этом сумма букв на каждой карточке равна 59. По инструкции испытуемому предлагается: на 1-й карточке посчитать все буквы вслух и назвать слова,

которые запомнил(непроизвольно); на 2-й – также посчитать буквы-вслух и произвольно запомнить слова; на 3-й – посчитать буквы быстрее и запомнить больше слов, чем на 2-й карточке.

Параметры оценки:

- время (сек.) подсчета букв в каждой из 3-х карточек (Вр1, Вр2, Вр3);
- объем воспроизведения: Об1 – непроизвольное, Об2 – произвольное, Об3 – под влиянием мотивирующей инструкции;
- продуктивность запоминания – отношение показателя объема ко времени для каждой из 3-х карточек (Пр1, Пр2, Пр3); показатель тем выше, чем выше объем и меньше время.
- изменение времени Вр3 по отношению к Вр1 и Вр2:
  - улучшение –Вр3 меньше любого из показателей Вр1 и Вр2 (Вр3 <min (Вр1, Вр2));
  - без изменений –Вр3 не меньше (больше или равен) одного из показателей Вр1 и Вр2;
  - ухудшение –Вр3 больше любого из показателей Вр1 и Вр2 (Вр3 >max(Вр1, Вр2)).
- изменение объема воспроизведения Об3 по отношению к Об2:
  - улучшение –Об3 < Об2;
  - без изменений – Об3 = Об2;
  - ухудшение –Об3 > Об2;
- изменение продуктивности запоминания Пр3 по отношению к Пр2:
  - улучшение –Пр3 < Пр2;
  - без изменений – Пр3 = Пр2;
  - ухудшение –Пр3 > Пр2.

Для оценки возрастной динамики все испытуемые были разделены на 5 возрастных подгрупп: 8-9, 10-11, 12-13, 14-15 и 16-17 лет, которые рассматривались как независимые.

Оценка влияния мотивирующей инструкции проводилась отдельно по каждому параметру, а также по соотношению объема и времени в каждой возрастной подгруппе отдельно в группе больных и нормы.

Результаты. Сравнение показателей в обеих группах выявило наибольшие различия в объеме и продуктивности памяти в период 10–15 лет, когда Об1-Об3 и Пр1-Пр3 различались значимо ($p < 0.01$). Показатели времени Вр1-Вр3 достоверно отличались лишь в возрасте 14–15 лет ($p < 0.02$). Минимальные различия по всем показателям отмечались в 8–9 лет; в 16–17 лет достоверные различия отсутствовали. Сами показатели демонстрировали слабую положительную динамику преимущественно в группе нормы (табл. 1).

Таблица 1

Средние показатели выполнения методики «Память + счет» в группе больных и нормы

Параметр	Пок-ль	Группа	Возрастные подгруппы				
			8–9 лет	10–11 лет	12–13 лет	14–15 лет	16–17 лет
Время, сек.	Вр1	Норма	39,9	33,7	31,2	27,9	30,2
		Больные	44,0	41,6	35,4	34,4	31,1
	Вр2	Норма	38,7	33,7	32,6	29,6	32,3
		Больные	42,0	42,2	34,9	35,5	29,0
	Вр3	Норма	34,4	30,9	28,0	27,7	28,9
		Больные	39,6	42,2	32,3	32,6	28,4
Объем, ед.	Об1	Норма	2,4	3,1	3,5	3,2	3,0
		Больные	2,3	2,1	2,1	2,2	2,6
	Об2	Норма	3,7	4,1	4,6	4,8	4,6
		Больные	2,5	3,0	3,1	3,6	3,6
	Об3	Норма	2,7	3,5	4,5	4,6	3,7
		Больные	2,6	2,3	2,9	2,9	3,0
Продуктивность памяти, усл.ед.	Пр1	Норма	0,07	0,10	0,12	0,12	0,11
		Больные	0,06	0,06	0,06	0,07	0,09
	Пр2	Норма	0,10	0,12	0,16	0,17	0,17
		Больные	0,07	0,10	0,10	0,12	0,13
	Пр3	Норма	0,09	0,12	0,16	0,17	0,14
		Больные	0,07	0,07	0,10	0,10	0,11

Оценка влияния мотивирующей инструкции в группе нормы (табл.2, столбцы Итого) показала по параметру:

времени – у большинства испытуемых улучшениев возрасте 8–13 лет, а в 14–17 лет– без изменения;

объема памяти– у большинства испытуемых улучшениев возрасте 8–13 лет и 16–17 лет, а 14–15 лет – уменьшение;

продуктивностипамяти – у большинства испытуемых улучшениев возрасте 8–11 лет и 16–17 лет, а 12–15 лет – уменьшение.

Аналогичная оценка в группе больных (табл. 3, столбцы Итого) показала по параметру:

времени – у большинства испытуемых улучшениев возрасте 8–11 лет и 14–17 лет, а в 12–13 лет – без изменения;

объема памяти – у большинства испытуемых улучшениев возрасте 10–17 лет, а 8–9 лет – без изменений;

продуктивностипамяти – у большинства испытуемых улучшениев возрасте 8–11 лет и 14–17 лет, а 12–13 лет – уменьшение.

Сопоставление изменения времени подсчета букв и объема запоминания под влиянием мотивирующей инструкции в группе нормы (табл. 2) показывает следующую возрастную динамику: младшие школьники (8–11 лет) преимущественно демонстрируют улучшение времени и объема; в начале подросткового возраста (12–15 лет) у большинства испытуемых уменьшается объем запоминания без изменений времени; в старшем подростковом возрасте (16–17 лет) большинство испытуемых увеличивают объем запоминания, не изменяя времени подсчета букв.

Таблица 2

Соотношение изменения показателей времени подсчета букв и объема запоминания под влиянием мотивирующей инструкции в группе нормы

Возр. подгруппы			Изменение объема			
			ухудш.	б/изм.	улучш.	Итого
8–9 лет	Изменение времени	ухудш.	0	1	1	2
		б/изм.	1	2	6	9
		улучш.	3	5	10	18
		Итого	4	8	17	29
10–11 лет	Изменение времени	ухудш.	1	3	3	7
		б/изм.	3	2	3	8
		улучш.	3	6	13	22
		Итого	7	11	19	37
12–13 лет	Изменение времени	ухудш.	1	1	1	3
		б/изм.	4	1	1	6
		улучш.	3	1	4	8
		Итого	8	3	6	17

Окончание табл. 2

Возр. подгруппы			Изменение объема			
			ухудш.	б/изм.	улучш.	Итого
14–15 лет	Изменение времени	ухудш.	4	0	6	10
		б/изм.	8	2	6	16
		улучш.	6	2	5	13
		Итого	18	4	17	39
16–17 лет	Изменение времени	ухудш.	1	1	4	6
		б/изм.	2	1	7	10
		улучш.	4	1	4	9
		Итого	7	3	15	25

Представлено количество испытуемых.

В группе больных (табл.3) в младшей подгруппе (8–9 лет) у большинства ухудшается время без изменения объема; в 10–11 и в 14–17 лет улучшается объем и время; в 12–13 лет улучшается объем запоминания без изменения времени подсчета.

Таблица 3

Соотношение изменения показателей времени подсчета букв и объема запоминания под влиянием мотивирующей инструкции в группе больных

Возр. подгруппы			Изменение объема			
			ухудш.	б/изм.	улучш.	Итого
8–9 лет	Изменение времени	ухудш.	0	5	0	5
		б/изм.	2	2	3	7
		улучш.	3	3	3	9
		Итого	5	10	6	21
10–11 лет	Изменение времени	ухудш.	0	2	2	4
		б/изм.	4	0	4	8
		улучш.	3	0	9	12
		Итого	7	2	15	24
12–13 лет	Изменение времени	ухудш.	3	0	3	6
		б/изм.	3	2	7	12
		улучш.	3	4	4	11
		Итого	9	6	14	29

Окончание табл. 3

Возр. подгруппы			Изменение объема			
			ухудш.	б/изм.	улучш.	Итого
14–15 лет	Изменение времени	ухудш.	2	1	1	4
		б/изм.	2	4	7	13
		улучш.	4	6	10	20
		Итого	8	11	18	37
16–17 лет	Изменение времени	ухудш.	1	1	1	3
		улучш.	1	1	3	5
		Итого	2	2	4	8

Представлено количество испытуемых.

Обсуждение. Используемые варианты параметров оценки возрастной динамики зрительной вербальной памяти у детей и подростков – время подсчета букв, объем и продуктивность запоминания – показали достаточную дифференцирующую способность и взаимодополняемость. Результаты демонстрируют наличие общих черт возрастной динамики изменения показателей под влиянием мотивирующей инструкции в группе нормы и больных:в начале школьного возраста продуктивность памяти увеличиваетсяза счет улучшения времени подсчета и объема запоминания; с началом подросткового возраста у большинства продуктивность изменяется по-разному у больных и здоровых; в конце подросткового периода улучшение в продуктивности запоминания под влиянием мотивирующей инструкции нивелирует различия между больными и здоровыми испытуемыми.

Описанный подход требует дальнейшей разработки и уточнения влияния прочих факторов (диагноз, пол и пр.), а также сопоставления с результатами других методик, оценивающих влияние мотивирующей инструкции.

Выводы.

1. Влияние мотивирующей инструкции на зрительную вербальную память в условиях распределения внимания связано с возрастом детей и подростковкак в норме, так и при эндогенной психической патологии.

2. Наибольшие изменения в продуктивности запоминания связаны с прохождением пубертатного периода. Младший школьный и старший подростковый возраст характеризуется наибольшей продуктивностью памяти.

3. Возраст максимальных отличий нормативного и патологического развития по исследуемым показателям находится в интервале от 10 до 15 лет.

Худина Ю.С., Дмитриев М.Н.

Особенности некоторых поведенческих и психических расстройств в рамках синдрома гиперактивности с дефицитом внимания у учащихся среднего звена общеобразовательных школ

г. Ростов-на-Дону,
ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрав России.

Актуальность: считается, что первые упоминания о детях с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ), появились в 19 веке. Таких детей называли «непоседа Фил», «Стёпка-растрепка» и т.д. Одними из первых признаков, по которым их можно было узнать: по избыточной подвижности, неусидчивости, импульсивности и невнимательности. Гиперкинетические, поведенческие и иные расстройства, встречающиеся при данном синдроме, относятся к целому спектру расстройств в МКБ-10, возникающих в первые 5 лет жизни ребенка. Исследования, представленные на сегодняшний день, описывают широкий диапазон встречаемости СДВГ в детской популяции от 2,2 % до 9,5 % в зарубежных исследованиях до 7,6 % в исследованиях школьников Московского региона. (1) Ранее полагали, что СДВГ типично «детское» расстройство. Однако, современные проведенные исследования указывают на возможность раннего выявления СДВГ у детей по наличию определенных симптомов у их отцов. (2) Проблема понимания сути таких нарушений у детей не нова и является достаточно актуальной, поскольку многие поведенческие признаки СДВГ можно отнести и к проявлениям гипомании и формирующимся органическим знакам. Это точка зрения может подтверждаться и частой коморбидностью с биполярным расстройством детского возраста (БРДВ) и минимальной мозговой дисфункцией (ММД) с неврозоподобным и психопатоподобным синдромами. (1), [Макаров И.В., 2013]. Наблюдая за такими детьми, Stella Chess [*Chess*, *S*., and A. Thomas, *1987*] выделила понятие «трудный» темперамент, проявляющийся высоким уровнем активности и интенсивными эмоциональными реакциями. СДВГ представляет собой значительный фактор дезадаптации на ранних этапах

в жизни ребенка, его семьи и учебного коллектива. Но однако существующая в МКБ-10 классификация вариантов гипердинамического (гиперактивного) расстройства не позволяет в полной мере раскрыть весь диапазон существующих поведенческих паттернов этой патологии (3).

Цель: в связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования являлось выявление распространенности СДВГ у учащихся среднего звена, по достижении ими 12–14-летнего возраста, выделение отдельных составляющих СДВГ и анализ гендерных отличий.

Задачи:1. Выявление спектра отдельных ведущих характеристик СДВГ у школьников.

2. Определение показателей уровня встречаемости синдромов, выявленных по анкетированию родителей (опекунов/законных представителей) и учителей.

3. Определение уровня гипомании.

4. Сравнение гендерных различий по синдромальным формам среди выявленного спектра изменений.

Материалы и методы: Методом анкетирования изучали субъективное мнение родителей (опекунов/законных представителей) и учителей о поведенческих и психических нарушениях у учеников 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 социально благополучных семей школьников и их учителя.

Результаты и обсуждения: Положительные результаты по опроснику Вандербильта и прилагаемому тесту Янга выявили у 21 человека (30 % от общего количества), из них мальчиков – 13 (36,11 % от гендерной группы) и девочек – 8 (23,53 % от гендерной группы). ДВ был выявлен у 15 человек (21,43 %), из них 10 мальчиков (27,78 %) и 5 девочек (14,71 %). Г и И были суммарно выявлены у 9 человек (12,86 %), из них 7 мальчики (19,44 %) и 2 девочки (5,88 %). РО были выявлены в трех вариациях – легкие, средней тяжести и тяжелые – у 11 человек (15,71 %), из них 6 мальчики (16,67 %), 5 девочки (17,65 %).

Легкая гипомания была выявлена у 5 человек (7,14 %), из них 2 мальчики (5,56 %) и 3 девочки (8,82 %). У всех детей гипомания была сопряжена с какой-либо составляющей из опросника Вандербильта или несколькими из них. Были выявлены 7 детей с пограничной балльной оценкой, не достигающей уровня гипомании. Из них 6 мальчиков (16,62 %) и 1 девочка (2,95 %). Пограничные данные также были сопряжены с составляющими опросника Вандербильта.

Сочетание нескольких вариантов расстройств, а именно дефицита внимания и реакций оппозиции/протеста было выявлено у 2 человек (2,86 %), из них 1 мальчик (2,77 %) и 1 девочка (2,95 %). Сочетание дефицита внимания с гиперактивностью/импульсивностью – у 3 человек (4,28 %), все мальчики (8,33 %). Совокупность всех профилей СДВГ: дефицита внимания, гиперактивности/импульсивности, реакций оппозиции/протеста выявили у 6 детей из 70 обработанных анкет (2,86 %), из них 4 мальчика (11,11 %) и 2 девочки(5,77 %). Именно это сочетание оказалось значимым в совокупности ответом между учителями и законными представителями – в 3 случаях из 6 ответы учителей и законных представителей совпали по количеству баллов с незначительными отклонениями. Сочетание дефицита внимания и гипомании было выявлено у 2 человек (2,86 %), оба мальчики (5,56 %). В свою очередь, сочетание реакций оппозиции/протеста и гипомании было выявлено так же у 2 человек (2,86 %), из них 1 мальчик (2,77 %) и 1 девочка (2,95 %). Были выявлены сочетания: ДВ + Г/И + гипомания (1 человек в выборке (1,43 %), 1 мальчик (2,77 %)) и ДВ + РО + + гипомания (1 человек в выборке (1,43 %), 1 мальчик (2,77 %)). Совокупность всех профилей СДВГ с гипоманией была выявлена в 1 случае (1,43 %), 1 девочка (2,95 %).

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 [Grimm K, Mackowiak K., 2006; Safren S.A., 2006; Satterfield J.H., Schell A., 1997] 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).

Выводы:

1. У значительного числа школьников – каждого третьего – методом опросника Вандербильта обнаружили признаки, характерные для спектра расстройств СДВГ. У большей части детей с выявленными

нарушениями преобладали отдельные формы СДВГ. Наиболее частыми были в то же время уровни дефицита внимания и гипомании, реже встречались гиперактивность/импульсивность и реакции оппозиции/протеста.

2. Определение показателей уровня встречаемости синдромов, выявленных по анкетированию родителей (опекунов/законных представителей) и учителей было практически идентичным. Разница в количестве баллов выявилась при описании незначительных отклонений: только в 3 случаях из 6 ответы учителей и родителей (опекунов/законных представителей) совпали по количеству баллов.

3. Определение уровня гипомании выявило интересные особенности. Из 7,14 % опрошенных гипомания была сопряженным состоянием с составляющими опросника Вандербильта и носила характер повышенного настроения и оптимистичности с неуместным поведением, субъективного (с точки зрения родителей/опекунов/законных представителей) повышения двигательной активности, жестикуляции, увеличения сексуального интереса, снижения времени сна, повышенной раздражительности, многоречивости (повышение темпа, количества речи и ее громкости), неопрятного внешнего вида.

4. В выявленных отдельно формах дефицита внимания, гиперактивности/импульсивности, реакций оппозиции/протеста имелись достаточно четкие различия, согласно которым, выявленные нарушения у мальчиков доминировали над нарушениями у девочек. При анализе данных получили соотношение по дефициту внимания мальчиков к девочкам как 2:1, по гиперактивности/импульсивности соотношение мальчиков к девочкам составило 3,5:1, по реакциям оппозиции/протеста – 1:1, по гипомании близкое к 2:1. Были выявлены школьники, у которых было сочетание нескольких форм СДВГ, что указывает на усиление значимости для данного поведенческого расстройства.

Список используемой литературы

1. http://www.otrok.ru/doktor/info/petruh.pdf дата обращения 23.09.2015

2. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15303304?dopt=Abstract дата обращения 23.09.2015

3. http://mkb-10.com/index.php?pid=4001 дата обращения 26.09.2015

Шадманова Л.Ш.

Клинические особенности истерического невроза у подростков

Узбекистан, г. Ташкент
Ташкентская медицинская академия

Истерический невроз включает состояния, возникающие у пациентов с объективно доказанной или очевидной конфликтной ситуацией (психотравмирующая ситуация, неразрешимые проблемы), даже если таковая отрицается больным. Отмечается отсутствие связи расстройства с физическими или неврологическими нарушениями.

Явно психогенный характер расстройств и их «выгодность» для пациента могут вызывать подозрения относительно установочного поведения. Однако эти особые психопатологические проявления – болезненные состояния со специфическими патогенетическими механизмами.

Цель исследования: – изучение факторовклинических особенностей истерического невроза у девочек-подростков .

Материалы и методы: нами исследованы 27 девочек-подростки в возрасте 12–15 лет. При исследовании использовались следующие тесты :тест Айзенкаи шкала Леонгарда.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая картина истерического невроза современного хронологического периода характеризовалась редукцией диссоциативных расстройств, заменой ярких, выразительных симптомов более стертыми, рудиментарными, неотчетливыми, наличием соматоформных (100,0 %), астенических (96,3 %), и нейро-эндокринных (74,2 %) расстройств. Поздняя и низкая (35,4 %) первичная обращаемость пациенток с истерическим неврозом к врачу-психотерапевту обусловлена тем, что 65,4 % больных в начале заболевания обращались к терапевту и неврологу, которые их лечили под другими диагнозами.

Выводы. Для повышения уровня диагностики истерического невроза у девочек-подростков основными диагностическими критериями следует считать: а) наличие половой незрелости; б) обилие различных симптомов диссоциативных, соматоформных, эмоционально-аффективных, сексуальных и нейро-эндокринных расстройств; в) длительное и безуспешное лечение терапевтами и неврологами.

Список литературы

1. Алексеева, А. Е. Истериформныерезидуально-органические и истерические расстройства у детей / А. Е. Алексеева, И. В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2011. – № 4.

2. Верморель, А. Вытеснение и расщепление в истерии / А. Верморель // Уроки французского психоанализа: Десять лет франко-русских клинических коллоквиумов по психоанализу / пер. с фр. – М. : Когито-Центр, 2006 – С. 123–134.

3. Гуткевич, Е.В. Психофизиологические особенности истерических расстройств / Е.В. Гуткевич, В.Я. Семке, О.Э. Перчаткина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4. – С. 17–21.

Шарипова Ф.К.

Влияние перинатальной патологии на психомоторное развитие детей раннего возраста, перенесших врожденный транзиторный гипотиреоз

Узбекистан, г.Ташкент. Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Кафедра Психиатрии

Цель исследования: изучение влияния перинатальной патологии на психомоторное развитие детей раннего возраста, перенесших врождённый транзиторный гипотиреоз.

Материал и методы. Обследовано 156 беременных и их дети в возрасте от 0 до 3 лет. Контрольную группу составили 30 беременных, родившие детей с нормальными показателями тиреоидной активности в неонатальном периоде. В основную группу вошли 126 беременных, родивших детей, перенесших врождённый транзиторный гипотиреоз.

Динамика психомоторного развития детей первых 3 лет жизни исследована с использованием методов клинико-психопатологического наблюдения (клиническое психиатрическое интервью, адаптированное к детскому возрасту, основанное на клинической классификации психопатологических синдромов, специфичных для детского возраста) и патопсихологического, в том числе метода психологического эксперимента.

Результаты и их обсуждение. Анализ состояния соматического здоровья женщин, родивших детей с неонатальным гипотиреоидным

состоянием показал, что среди заболеваний матери наибольшее значение для развития гипофункции ЩЖ у младенца имеют эндокринные заболевания и различные длительно текущие инфекционно-воспалительные процессы в организме, независимо от их локализации (кольпиты, хронические заболевания почек, печени и т.д.) [1, 3].

Вместе с тем, в возникновении транзиторного гипотиреоза весомое значение имеют неблагоприятные перинатальные факторы. Анализ течения беременности показал, что среди осложнений гестационного процесса в основной группе беременных отмечено увеличение в 1,5 раза частоты поздних токсикозов, анемии, в 2 раза острых воспалительных процессов (ОРВИ, обострение хронического пиелонефрита, тонзиллита, кольпитов различной этиологии) [2]. Обращает на себя внимание высокая частота хронической внутриутробной гипоксии плода, диагностированная у 63,3 % беременных, родивших детей с неонатальным гипотиреоидным состоянием, в то время как в группе беременных, родивших детей с нормальными показателями тиреоидной функции, эти осложнения встречались в 2 раза реже (27,0 %).

В группе пациенток, родивших детей с гипотиреоидным состоянием, значительно чаще отмечены преждевременные роды (12,5 % и 1,5 % соответственно), в 1,7–1,8 раза чаще диагностировались такие осложнения как преждевременное излитие вод и аномалии родовой деятельности.

Увеличение частоты осложненного течения родов обусловило и повышенную частоту оперативного родоразрешения у пациенток, родивших детей с патологически высоким уровнем ТТГ. В этой группе операции кесарева сечения или акушерские щипцы были применены у 12,5 % рожениц, тогда как у рожениц контрольной группы – 3,6 % случаях. Отмечено преобладание частоты острой асфиксии у младенцев при рождении в основной группе – 48,9 % против 20,1 % в контрольной группе. Кроме того, частота осложненного течения раннего неонатального периода была значительно выше у детей, родившихся со сниженной функцией щитовидной железы. Такие осложнения как нарушения гемоликвородинамики, врожденная пневмония, синдром дыхательных расстройсв, конъюгационная желтуха, позднее отпадение пупочного канатика, врожденные аномалии развития наблюдались в 3–5 раз чаще, чем в контрольной группе.

Динамическое наблюдение за детьми до 3 лет, родившихся с перинатальной патологией и перенесших врожденный транзиторный гипотиреоз, показало значительные отклонения в психомоторном развитии по сравнению с детьми контрольной группы.

Так, анализ формирования грубой моторики начинался с определения сроков созревания отдельных двигательных функций – самостоятельное держание головы, сидение, ходьба, возможность овладения простыми и сложными двигательными актами. Самостоятельно держать головку в 3 месяца начали 56 % детей основной группы, соответствующие возрастной норме. Раньше этого срока начали держать голову 23 %, позже – 21 % детей данной группы. В контрольной группе 65 % детей самостоятельно держали голову в 3 месяца, 31 % – раньше возрастного срока, а у 4 % детей эта функция сформировалась в более поздние сроки.

Устойчивое сидение в 6 месяцев было отмечено у 69,1 % детей основной группы и у 89,3 % детей контрольной группы, позже (7–12 мес.) этим двигательным навыком овладели также 24,3 % детей основной группы и 2,9 % в контрольной группе, в более ранние сроки (до 6 мес) – 6,6 % детей основной группы и 7,8 % в контрольной группе. Ходить в сроки 9–15 месяцев начали 55 % детей основной группу и 89,9 % детей контрольной группы, после 15 месяцев – 16,6 % детей основной группы и 3,4 % в контрольной группе.

Общая двигательная активность детей до года у (40 % и 23 % соответственно в основной и контрольной группе) характеризовалась гиподинамией, дети описывались родителями как «пассивные, чрезмерно спокойные». 21,6 % детей основной группы и 5,6 % в контрольной группе в этом возрасте были беспокойными: вырывались из рук, бросали игрушки. У 8 детей основной группы в возрасте до года отмечены стереотипные движения рук и головы.

На следующем этапе развития от 1 года до 3 лет у 45 % детей основной против 13,5 % детей контрольной группы двигательные акты отличались неловкостью, бедностью, были замедленными. 20 % детям основной группы против 5,3 % детям в контроле не удавались сложные двигательные акты (подпрыгивания на месте, перебрасывания мяча, балансировка на одной ноге).

У 46 % детей основной и 20 % детей контрольной группы обнаружилась задержка развития навыков самообслуживания за счет нарушения развития моторных компонентов.

Общая двигательная активность характеризовалась следующими особенностями – 36 детей были расторможены, гипердинамичны, суетливы, а 48 детей гиподинамичными, чересчур спокойными, пассивными. Движения были бедными, невыразительными, скованными.

Выводы: проведенные исследования показали существенное значение неблагоприятных перинатальных факторов (заболевания

щитовидной железы матери, хронической генитальной и экстрагенитальной патологии, осложнений беременности и родов) в возникновении врожденного транзиторного гипотиреоза. У детей перенесших врожденный транзиторный гипотиреоз наблюдалась некоторая задержка моторного развития, также отмечалось неравномерность развития тонкой и грубой моторики, которая проявлялась преимущественным отставанием созревания тонких двигательных актов в сочетании с недостаточной координацией движений.

Список литературы

1. Алиева Т.М. Влияние йоддефицитных состояний на функциональные особенности тиреоидной паренхимы плода и новорожденного. Материалы международной научной конференции. Тверь, Россия. 23–24 октября 2003г.: 103–107.

2. Дедов И.И., Петеркова В.А., Безлепкина О.Б. Врожденный гипотиреоз у детей (ранняя диагностика и лечение). Методические рекомендации. М., 1999.

3. Hetzel B.S. The Lancet. – 1983; Vol. 2, № 8359: 1126–1129.

Шевченко Ю.С.

Социобиологические механизмы и подростковая психопатология

г. Москва, Российская медицинская академия последипломного образования

Важнейшим элементом воспитания, начиная с раннепервобытного общества, являлись инициации – ориентированные на возраст церемонии посвящения человека в новый социальный статус. Первоначально, в первобытных общинах, характеризовавшихся ранним социальным созреванием детей, они осуществлялись по достижению ими девяти-одиннадцати летнего возраста и предваряли принятие их в полноправные (взрослые) члены древнего коллектива [Корнетов Г.Б., 1993]. Заключительному ритуальному обряду предшествовала более или менее длительная подготовка. На это время группа мальчиков-подростков изолировалась из места общего проживания общины и под руководством почетных и опытных людей осваивала знания, умения и навыки, необходимые для взрослой жизни.

Только после прохождения цикла специальной подготовки дети допускались к участию в церемониях посвящения («смерти» в качестве ребенка и «возрождения» в качестве взрослого члена общества), во время которых испытывалась их воля, смелость, стойкость, выносливость, проверялось качество усвоенного опыта. Ритуальные церемонии сопровождались песнями, танцами, проходили при свете костров, в присутствии всех членов племени. Все это придавало особую торжественность событию, призванному максимально эффективно воздействовать на психику и поведение посвящаемых, запечатлитьв их сознании представление о качественном изменении их общественного статуса, вдохновить на овладение новой социальной ролью.

Поскольку продолжительность жизни древнего человека былавдвое короче, чем современного, переход от детства к взрослости был очень кратковременным и для успешности выживания вида основные механизмы пубертатной инициации должны были закрепиться в качестве инстинктивного поведения, каковыми и остаются у современного homosapiens, несмотря на культурную эволюцию. Последняя не только увеличила продолжительность жизни человека, но и удлинила подростковый возраст, а также создала традиции поступенчатого перехода от детства к взрослости и менее брутальной реализации врожденной потребности в инициации. Однако, как и механизмы стресса, заложенные в совсем иных условиях и чрезмерные с точки зрения сегодняшнего дня, механизмы инициации остаются древне-архаичнымии порой прорываются в социально-, либо в биологически-разрушительных формах.

В современной России обряды инициации, существовавшие в советское время частично выродились, частично насильственно отменены и не заменены никакими общественно организованными формами посвящения ребенка в соответствующий каждому этапу его психофизиологического взросления новый социально-психологический статус. Такое блокирование фило- и онтогенетически обусловленной потребности в инициации проявляется в подсознательно направляемом асоциальном поведении и/или психических расстройствах, типологически сходных с переживаниями во время инициации [Клинков В.Н., 1995; Самохвалов В.П., 1997]. Базисные эволюционно стабильные стратегии поведения (ЭССП) обнаруживают себя в стихийно формирующихся молодежных субкультурах, изобилующий социальными и идеологическими девиациями [Самохвалов В.П., 1994; Гильбурд О.А., 2000] Последние отражают хаотически-деструктивный процесс суррогатной инициации.Условно, по типам формируемого поведения их

можно обозначить как: «агрессивные»; «депрессивные»; «гедонистические»; «рùсковые» [Маркова Н.Е., Римашевская Н.М., Смакотина Н.Л., 2010].

К классу модификаций агрессивного поведения относятся субкультуры «футбольные фанаты», «скинхэды», «сатанисты», формирующиеся благодаря стимуляции потребности в самоактуализации, выраженной в агрессивных и преступных действиях. В результате возникает повышенная агрессивность, вплоть до хулиганства и преступлений.

К субкультурам формирующим «депрессивное» поведение относятся «панки», «эмо», «готы». Модификация осуществляется благодаря стимуляции самоактуализации посредством нарушения физиологических и культурных табу, погружения в депрессивное мировоззрение, позиционируемое как «протест», «индивидуализм», «тонкость чувств», в действительности же способствующее маргинализации и приближающее индивида к суицидальному поведению.

Гедонистический характер имеет поведение, формируемое субкультурами «хиппи» и «растаманы». Здесь самоактуализация (сексуальное раскрепощение, обретение мистической мудрости, экстаз) достигается посредством ухода от требований социума и потребления наркотиков, санкционированного идеологией. Результат модификации – развитие амотивационного синдрома, наркотизация, рост заболеваемости и смертности.

К модификациям рùскового поведения можно отнести субкультуры «стритрейсеров», «сноубордистов», скейтбордистов, в которых самоактуализация (яркий индивидуализм, «мужественность», «героизм») достигается в результате спортивной деятельности, осуществляемой с риском для жизни, в нарушение правил элементарной безопасности своей и окружающих, что ведет к инвалидизации или летальному исходу.

Формирование модификаций происходит при наличии половой стимуляции, которая, накладываясь на зачастую недостаточно дифференцированную подростковую гиперсексуальность, становится своеобразным «клеем», скрепляющим основные части субкультуры. Известно, что изображения и фотографии обнаженного тела, а также действия, связанные с половым актом, порнографические и эротические описания подобного рода становятся условными половыми стимулами. Ими обусловлены субкультурные коды внешности (прическа, украшения, макияж) и коды одежды – костюмы, обувь, атрибутика и символика [Маркова Н.Е., Римашевская Н.М., Смакотина Н.Л., 2010].

Как видно, каждая из рассмотренных субкультур однонаправленно индуцирует ту или иную ЭССП (эгоистическую, агонистическую, альтруистическую, кооперативную), сужая потенциальный репертуар социально адаптивных стратегий поведения формирующейся личности. Субъективно привлекательной для подростка (вплоть до формирования психологической зависимости от нее) молодежная субкультура оказывается за счет того, что принадлежность к ней фиктивно решает его основные возрастные потребности (принадлежности к группе, самоидентификации, поиска «смысла жизни» и примера для подражания, сексуальные потребности и проч.). Приобщившись к тому или иному модному течению, созвучному с собственным психотипом, подросток уже не ищет иных способов реализации универсальных возрастных реакций (по А.Е. Личко) – оппозиции взрослым, эмансипации, группирования со сверстниками, хобби-реакции, реакции связанные с формирующимся половым влечением). Этологической же подоплекой жизни молодежной субкультуры является ее организация в полном соответствии с архетипическими обрядами инициации. Т.о. являясь фило-онтогентическим социальным образованием молодежная субкультура в силу своей «естественности» и сознательно-подсознательной притягательности является весьма серьезным общественным явлением, непосредственно связанным с психическим здоровьем подрастающего поколения.

Помимо описанных выше эктрапунитивных форм стихийной инициации, предполагающих групповое взаимодействие подростков, можно выделить индивидуальные, интрапунитивные альтернативы ее. Сформировавшаяся в самое последнее время молодежная мода на гомо- и бисексуальность (извращенный отголосок кумления и калиты), «любовь» по интернету (экономящие время и силы суррогаты подростковой дружбы и первой любви), нанесание самоповреждений и иной маркировки собственного тела, а также на экстремальное анорректическое поведение (объедание-рвота) – переадресованные на себя вандально-экспансивные «набеги» на взрослую территорию, предполагает включение соответствующих психотерапевтических подходов, нацеленных на восстановление единства телесного самосознания с врожденными основами половой самоидентификации и сексуальной ориентации. Это актуализирует разработку психокоррекционных моделей как для подростков мужского пола, так и рассчитанных на девочек-подростков [Гречаный С.В., 2015; Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., 2015].

Также новомодным явлением среди оторванных от реальной жизни и лишенных трудового воспитания подростков является

наивно-магическая мировоззренческая установка на социальное иждивенчество, своего рода «антиинициация». Она сопровождается отказом от учебы и любого труда, с циничным планированием дальнейшего существования за счет родителей, либо за счет мифических доходов от предполагаемых выигрышей в интернет-играх. Нередко за этим стоит характерная для этого возраста апатическая депрессия. Для таких подростков госпитализация является единственной профилактикой формирования компьютерной зависимости. Известно, что у подростков, рано начинающих зарабатывать, инициация протекает гораздо менее драматично и с меньшими конфликтами со старшим поколением по сравнению с «чистыми» школярами. Это ставит вопрос о серьезной организации трудового воспитания подростков в целом и о трудотерапии в специализированных подростковых учреждениях.

Шмакова О.П., Шмакова А.А., Андросова Л.В.

Гиперкинетические расстройства у умственно отсталых несовершеннолетних (клинико-иммунологическое исследование)

г. Москва, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья»

Синдром гиперактивности весьма распространён среди умственно отсталых пациентов младшего и среднего школьного возрастов. Исходы гиперкинетических расстройств (далее – ГКР) не всегда благоприятны, их психопатологическая трансформация на протяжении взросления многолика [1]. У умственно отсталых несовершеннолетних, наблюдаемых амбулаторно, в большинстве случаев выявляется активация показателей как врождённого, так и приобретённого иммунитета, которая варьирует в зависимости от тяжести психического состояния [2]. В связи с этим, анализ изменения биологических показателей у пациентов с умственной отсталостью, отягощённой гиперкинетическими расстройствами, является актуальным и перспективным для разработки проблем, имеющих теоретическое (вопросы патогенеза гипердинамических состояний) и практическое значение (поиск маркёров тяжести, прогнозирование динамики течения, оценка эффективности лечения ГКР).

Целью настоящей работы явился поиск клинико – иммунологических связей у детей с умственной отсталостью, отягощённой гиперкинетическими расстройствами.

Материал и методы. Клинико-иммунологически обследовано 52 пациента (м.-37, ж.-15) с умственной отсталостью (далее – УО) разной степени выраженности (лёгкая УО – 32 чел.; умеренная УО – 18 чел.; тяжёлая УО – 2 чел.), в возрасте 8–13 лет (11,5±1,6), посещавших коррекционную – VIII-вида (вспомогательную) школу, родители которых дали согласие на проведение исследования. Исключались больные с острыми инфекционными, аутоиммунными заболеваниями, в поствакцинальном периоде.

27 школьников страдали УО, обусловленной резидуальным органическим поражением мозга (перинатальными вредностями, ранними экзогенными факторами: внутриутробной гипоксией, инфекционными заболеваниями (сифилисом) матери в период беременности, внутриутробной алкогольной и наркотической интоксикацией, асфиксией в родах, родовыми травмами); 19 – УО, вследствие уточнённых хромосомных нарушений (синдром Дауна, Вильямса, ломкой Х-хромосомы, Корнелии де Ланге); у 6 человек регистрировался сочетанный генез УО: резидуально-органические вредности в анамнезе и семейная отягощённость (один или оба родителя были умственно отсталыми).

Степень тяжести клинической картины оценивалась шкалой CGI-S (общее клиническое впечатление – тяжесть), уровень интеллектуального развития больных -методикой Векслера.

В группу контроля было включено 64 психически и соматически здоровых несовершеннолетних (м. – 44, ж. – 20) от 6 до 16 лет (средний возраст 10,0 ± 3,0).

В сыворотке крови определяли: ферментативную активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) – маркёра дегрануляционной активности нейтрофилов и основного клеточного компонента врождённого иммунитета; функциональную активность α1-протеиназного ингибитора (α1-ПИ) – белка острой фазы воспаления, ограничивающего протеолитическую активность ЛЭ и играющего одну из главных ролей в регуляции воспалительных реакций; уровень аутоантител (аАТ) к нейроспецифическим антигенам – S-100B и основному белку миелина (ОБМ), повышение которых связано с патологическими процессами в мозге. Энзиматическую активность ЛЭ определяли ферментативным спектрофотометрическим методом, оценивали в нмоль/мин*мл; функциональную активность α1-ПИ – спектрофотометрическим методом и оценивали в ингибиторных единицах/мл (ИЕ/мл); уровень аАТ к S-100B и аАТ к ОБМ – иммуноферментным анализом. Титр антител к этим антигенам условно оценивали в единицах оптической плотности (ед.опт.пл.).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью непараметрического статистического программного обеспечения Statistica-7 (для Windows, StatSoft., Inc, США). Межгрупповые различия определяли с использованием теста Манна-Уитни. Для оценки клинико-иммунологических связей использовали коэффициент корреляции по Spearman. Данные в тексте представлены в виде медианы – M [25-й процентиль; 75-й процентиль]. Использовали уровень достоверности: $p<0,05$.

Результаты. Все школьники по наличию гиперкинетических расстройств были распределены на 2 подгруппы. В 1-ую вошёл 41 школьник (м. – 28, ж. – 13) с симптомами ГКР (F 90 в соответствии с критериями МКБ-10), что составило 79 % от всех обследованных. В этой подгруппе выявлялись следующие симптомы ГКР: невнимательность (бóльшая, чем обычно регистрируется у умственно отсталых больных) обнаруживалась у 33 пациентов (м. – 22; ж. – 11); гиперактивность – у 28 (м. – 19; ж. – 9); импульсивность – у 24 (м. – 16; ж. – 8); гиперкинетические расстройства поведения (F 90.1) – у 3 (м. – 2; ж. – 1). Диагноз F 90.0 (нарушение активности и внимания), для верификации которого требуется наличие трёх основных симптомов (невнимательность, гиперактивность, импульсивность) был установлен 17 больным (м. – 10; ж. – 7) – 32,7 % от всех обследованных. У 9 школьников с гипердинамическим синдромом, умственная отсталость отягощалась ещё и невроподобными расстройствами: упорным энурезом, энкопрезом, заиканием, фобиями, яктацией. Средний балл интеллекта в этой подгруппе обследованных: 53,3± 11,5; средний балл тяжести расстройств: 3,9±0,57.

2-ю подгруппу составили 11 несовершеннолетних (м. – 9; ж. – 2) с УО, неотягощённой ГКР (21 % всех обследованных), из которых у 2-х детей выявлялись невроподобные расстройства лёгкой степени выраженности (фобии, тики). Данная подгруппа достоверно ($p=0,040241$) отличалась от 1-ой меньшей тяжестью психопатологических нарушений: средний балл тяжести расстройств в ней составил 3,45±0,52 балла. Средний балл интеллекта во второй подгруппе: 58,8±9,9 (по уровню интеллекта статистически значимых различий с 1-ой подгруппой не выявлено).

При сравнительном анализе иммунологических показателей у пациентов двух подгрупп показано: достоверное повышение активности ЛЭ ($p< 0,02$) в 1-ой подгруппе больных по сравнению как с контролем (239 [209; 265] и 217,2 [194,4; 233,3] соответственно), так и с активностью ЛЭ во 2-ой подгруппе (211,7 [183,6; 221,6]), при этом активность ЛЭ во 2-й подгруппе (211,7 [183,6; 221,6]) статистически

не отличалась от контрольных значений; достоверное ($p< 0,05$) повышение функциональной активности α1-ПИ в 1-й и 2-ой подгруппах (40,2 [38,1; 43,6] и 45,1 [38,7; 51,9] соответственно) по сравнению с контролем (34,8 [31,4;39,4]).

Уровень аутоантител в данных подгруппах не отличался от контрольных значений.

Ввиду разной степени выраженности клинических проявлений ГКР, был предпринят анализ взаимосвязи исследованных иммунологических показателей с выраженностью ГКР, оценённой по шкале CGI-S. Показано достоверное повышение активности ЛЭ при умеренном (241 [220; 259]) и выраженном (288 [235; 292]) гипердинамическом синдроме по сравнению с контролем. Активность ЛЭ у детей с лёгким гипердинамическим синдромом (192 [179; 211]) была в пределах контрольных значений. Выявлена прямая корреляционная связь между активностью ЛЭ и тяжестью гипердинамического синдрома ($r=0,54$; $p<0,05$).

Обсуждение. Гиперкинетические и когнитивные расстройства у детей с УО резидуально-органического генеза являются коморбидными, их этиология едина (раннее органическое поражение центральной нервной системы), патогенез и динамика соответствуют течению резидуально-органических заболеваний.

Патогенез гиперкинетических и когнитивных расстройств при УО, обусловленной генетическими причинами, рассматривается в рамках концепции дизонтогенеза с генетически обусловленной задержкой созревания или недоразвитием регулирующих, контролирующих структур мозга, дисбалансом межполушарных взаимодействий.

Выявленная при тех и других патогенетически различных состояниях активация ЛЭ и α1-ПИ отражает участие врождённого звена иммунитета в патогенезе как резидуально-органических, так и дизонтогенетических расстройств.

В исследовании анализировался амбулаторный контингент пациентов с нетяжёлыми психопатологическими нарушениями. Отсутствие значимых аутоиммунных реакций (аАТ кS-100В; аАТ к ОБМ) среди обследованных, свидетельствует об относительной стабильности патологических процессов в головном мозге этих больных.

Выводы. Выявленная статистически значимая корреляция между выраженностью ГКР и активностью ЛЭ, вероятно, позволяет использовать этот иммунологический показатель в качестве биомаркёра тяжести гиперкинетических расстройств, часто встречающихся у несовершеннолетних с УО.

Список литературы

1. Мазаева Н.А., Кузьмичёва О.Н. Синдром гиперактивности в анамнезе подростков с психическими заболеваниями. Психиатрия, 2005, № 3 (15), стр. 20–27.

2. Шмакова О.П., Андросова Л.В., Шмакова А.А., Отман И.Н., Клюшник Т.П. Клинико-иммунологические корреляции у детей и подростков с хроническими психическими расстройствами вне обострения. Психиатрия, 2015, № 1 (65), стр. 17–23.

Участники:

POLFA TARCHOMIN S.A.

otc pharm ОТИСИФАРМ

torrent PHARMA

Официальный провайдер

DA SIGNA
АГЕНТСТВО МЕДИЦИНСКИХ КОММУНИКАЦИЙ