

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ГУ «РНПЦ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

МАТЕРИАЛЫ III СЪЕЗДА ПСИХИАТРОВ И НАРКОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ПСИХИАТРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ ОБЩЕСТВО

Председатель редакционного совета –

Игумнов С. А., д. м. н., профессор
Заместитель председателя редакционного совета –
Докукина Т. В., д. м. н.

Члены редакционного совета:

Евсегнеев Р. А., д. м. н., профессор
Скугаревский О. А., д. м. н.
Байкова И. А., к. м. н., доцент
Доморацкий В. А., д. м. н., профессор
Айсберг О. Р., к. м. н., доцент

Генеральные спонсоры:

Les Laboratoires Servier,
Janssen-Cilag

Главные спонсоры:

Lundbeck,
Sanofi-Aventis

Спонсоры:

Lilly, Egis, OlainFarm, Pfizer, Sun Pharmaceutical, Grindex

Научное издание

При поддержке

научно-практических журналов
«Психиатрия» и «Психотерапия и
клиническая психология»

Адрес редакции:

220023, Минск, ул. Чернышевского, 10а, оф. 805
Тел.: (017) 280 01 12, (017) 280 88 09
res@res.by (редакция)
ro@res.by (рекламный отдел)

Тираж 299 экз. Заказ №
Формат 140x205. Печать офсетная.

Отпечатано в типографии

РУП «Минсктиппроект»
лиц. ЛП №02330/0150043 от 29.03.2004 г.

Содержание

Клиническая, социальная и судебная психиатрия 13

Оценка риска совершения повторного общественного опасного деяния невменяемыми лицами, страдающими шизофренией, исходя из характеристик примененных принудительных мер безопасности и лечения, социальных и личностных факторов <i>Балашов А. Д.</i> 14	Состояние и перспективы судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизы в Республике Беларусь <i>Гусаков Ю. А., Новиков В. В.</i> 25
Виктимологическая и судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у потерпевших <i>Березанцев А. Ю., Филатов Т. Ю.</i> 15	Особенности суицидального поведения жителей г. Минска <i>Давидовский С.В., Изумнов С.А., Мигаль Т.Ф.</i> 26
Управление организацией помощи лицам, имеющим риск совершения самоубийства <i>Букин С. И.</i> 17	Опухоли головного мозга как причина деменций <i>Дудук С. Л., Лелявко И. А., Бойко Д. В.</i> 27
О вариантах нарушения сознания у больных с инфекционной патологией <i>Васильев В.С., Богущий М.И., Шейко М.И., Озимко Д.А., Невагень И.Н.</i> 18	Нормотензивная гидроцефалия как причина когнитивных нарушений у пожилых <i>Дымович Н. В., Дудук С. Л.</i> 28
Госпитальная оценка суицидального риска в условиях психиатрического стационара <i>Ваулин С. В., Алексеева М. В.</i> 19	Биполярное аффективное расстройство, его распознавание и лечение – сегодняшняя ситуация в Республике Беларусь <i>Евсегнеев Р. А.</i> 29
Заболевания кожи и подкожной клетчатки у стационарных больных с нарушениями психического здоровья <i>Виленчик Б. Т.</i> 21	Взаимодействие в семьях больных эндогенными психозами <i>Залуцкая Н. М.</i> 31
Сезонная суицидальная активность лиц молодого возраста <i>Гелда Т. С., Давидовский С. В., Изумнов С. А., Гелда А. П., Рунец К. Е., Зиборова Е. Ю., Попков А. Д., Марукович Ю. С., Гриб О. К.</i> 22	Основные вехи истории Республиканского научно-практического центра психического здоровья <i>Изумнов С. А., Докукина Т. В., Склема В. Н., Новиков Е. И.</i> 32
Отношение психически больных к электросудорожной терапии <i>Голенков А. В., Малышкина Ю. Н., Крылов Д. Н., Иванов В. Н.</i> 23	Показатели средней когерентности в височных отделах в диагностике ремиссии эпилепсии <i>Изумнов С. А., Мисюк Н. Н., Махров М. В., Козмидиади А. О., Матвейчук И. В., Докукина В. В.</i> 34
	Основные тенденции течения шизофрении с ведущими аффективными расстройствами <i>Иовчук Н. М.</i> 36

Показатели суицидального поведения населения Беларуси за период 2004–2008 г.г. <i>Кабанов В. А., Рынков П. В.</i>	37	Сравнительный анализ психических нарушений у лиц, совершивших общественно опасные действия <i>Лозовик Л. А., Новиков В. В., Лапицкий Г. А.</i>	50
Делирий в общесоматической практике <i>Казачок А. В.</i>	39	Изучение типа реакции семьи больных шизофренией на назначение лекарственных препаратов Лутова Н. Б., Макаревич О. В.....	51
Перспективы подготовки кадров для психиатрической службы: отечественный и международный опыт <i>Карпюк В. А.</i>	40	Анализ информации о лицах, совершивших суицидальную попытку (по материалам УЗ «Брестский областной психоневрологический диспансер») <i>Макарова Ю. А., Брич-Полюхович Н. Н.</i>	53
Первенция аутодеструктивного поведения лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы <i>Кашинский М. Ю.</i>	41	Психические расстройства при эпилепсии <i>Матвейчук И. В., Короткевич Т. В., Кочетова Г. В., Хлебоказов Ф. П., Докукина Т. В., Докукина В. В.</i>	54
Трудовая терапия в системе реабилитации психически больных <i>Климович А. С.</i>	43	Биоэтические проблемы неврологии и психиатрии <i>Михаловска-Карлова Е. П.</i>	55
Генез когнитивных расстройств в позднем возрасте (КН) <i>Королева Е. Г.</i>	44	Об организации применения принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра <i>Нестер Л. Н., Белянин В. Г.</i>	57
Разработка методов диагностики и лечения психопатологических нарушений непсихотического характера и когнитивных нарушений у больных с поражением головного мозга сосудистого характера <i>Коцюбинская Ю. В.</i>	45	О производстве прижизненных психиатрических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз в связи с предстоящим оформлением гражданско-правового акта <i>Новиков В. В., Балашов А. Д.</i>	58
Влияние пролин-содержащих олигопептидов на процессы неассоциативного обучения при тестировании в Tail Suspension Test (TST) <i>Кравченко Е. В., Максимова Л. В.</i>	46	Оптимизация методики ЭСТ при лечении тяжелых депрессий <i>Новиков Д. В.</i>	60
Причины отказа от обращения за психиатрической помощью <i>Лихачев С. А., Наумовская Н. А.</i>	48	К вопросу преемственности психиатрической и неврологической служб у юношей допризывного и призывного возрастов <i>Носов А. В., Уласень Т. В.</i>	62
Последипломное образование в системе государственной службы медицинских судебных экспертиз <i>Лозовик Л. А., Дук Т. В.</i>	49		

Роль и место когнитивно-восстановительной терапии в структуре медицинской помощи больным шизофренией <i>Объедков В. Г.</i> 63	при психических заболеваниях: результаты пилотажного исследования <i>Рассказова Е. И.</i> 80
РНПЦ психического здоровья: бренд или ребрендинг? <i>Осипчик С. И.</i> 65	Показатели суицидального поведения населения г. Минска за период 2004-2008 г.г. <i>Рынков П. В., Кабанов В. А.</i> 82
К вопросу о методологии научной деятельности в ГУ «РНПЦ психического здоровья» <i>Осипчик С. И.</i> 67	Тяжелая женская агрессия <i>Савченков В. Н.</i> 83
Диагностика деменций в рамках судебно-психиатрической экспертизы <i>Остянко Ю. И., Голубович В. В., Волковыцкий А. Г., Сакович Р. А.</i> 69	Проблема судебно-психиатрической экспертной оценки диссоциального расстройства личности в уголовном процессе <i>Семенов В. Н.</i> 85
Теории гендерного парадокса суицидального поведения <i>Паровая О. И.</i> 70	«Возрасная невменяемость» несовершеннолетних правонарушителей: теоретико-правовые проблемы и пути их решения <i>Семенова Т. С., Семенов В. Н.</i> 86
Особенности позиционирования платных медицинских услуг в «РНПЦ психического здоровья» <i>Пекарская М. В., Осипчик С. И.</i> 71	Реабилитация лиц с психическими расстройствами на современном этапе <i>Скаскевич Н. П., Бычек В. В., Козодой В. В., Русак М. С.</i> 87
К вопросу об адаптационных возможностях спецконтингента <i>Петров В. И., Козутенко Н. Н.</i> 73	Служба охраны психического здоровья Брестской области – от съезда к съезду <i>Скаскевич Н. П.</i> 89
Смешанные (коморбидные) формы психических заболеваний – актуальная проблема психиатрии <i>Пивень Б.Н.</i> 75	Психологическая адаптация студентов к обучению в медицинском вузе <i>Скворцов Н. Л.</i> 90
Суицидальная ситуация в России и пути ее улучшения <i>Положий Б. С.</i> 76	Организация и задачи принудительного лечения в ГУ «РНПЦ психического здоровья» <i>Склема В. Н., Суценья Ю. П., Кочетова Г. В.</i> 92
Атипичный нейролептик сертиндол в психиатрической практике: стратегия применения <i>Пономарев И. В.</i> 78	Выявление риска развития психоза среди призывников <i>Скугаревская М.М., Сакович С.Л.</i> 94
Диагностика и этиотропная терапия лайм-энцефалопатии <i>Протас И.И., Вельгин С. О., Щерба В.В.</i> 79	Принудительные меры безопасности и лечения невменяемых лиц, страдающих шизофренией,
Мотивация лечения как фактор течения болезни и субъективного благополучия	

и динамика симптомов шизофрении <i>Скугаревская Е. И., Балашов А. Д.</i>	95
Эффективность комплексной терапии больных с нарушениями пищевого поведения (по данным катамнестического наблюдения) <i>Скугаревский О. А., Мельгуй С. Л.</i>	97
Психиатрические аспекты общего состояния пациентов диагностического центра: соматизированные психические расстройства <i>Сукиасян С. Г., Маргарян С. П., Манасян Н. Г., Киракосян А. Л., Бабаханян А. А., Погосян А. Н., Ордян М. М.</i>	98
Структура начального «синдрома недомогания» у пациентов диагностического центра <i>Сукиасян С. Г., Маргарян С. П., Манасян Н. Г., Киракосян А. Л., Бабаханян А. А., Погосян А. Н., Ордян М. М.</i>	99
Направления маркетинга медицинских услуг в условиях ГУ «РНПЦ психического здоровья» <i>Суценыя Ю. П., Осипчик С. И.</i>	100
Некоторые организационные аспекты практической суицидологии <i>Толканец С. В.</i>	102
Особенности фармакотерапии эпилепсии в практике психиатрического стационара <i>Хлебоказов Ф. П., Махров М. В., Матвейчук И. В., Кряжев Ю. А., Бойко В. Е., Кудин Л. И., Молочникова А. А., Докукина Т. В., Докукина В. В.</i>	103
Когнитивные нарушения у больных хроническим герпетическим энцефалитом <i>Хмара М. Е., Дракина С. А., Петрович Г. Е.</i>	105
Методологические подходы в оценке суицидального риска у женщин с	

депрессивным синдромом <i>Хмара Н.В.</i>	106
Послеродовые расстройства: факторы риска, клинические проявления <i>Хрущ И. А., Занько Е. В.</i>	108
Психиатрия глазами студентов-медиков <i>Шилова О. В., Хвостюк О. А.</i>	109

Актуальные проблемы наркологии.....

Употребление алкоголя с вредными последствиями: критерии диагностики у подростков <i>Базыльчик С.В., Копытов А.В., Лыжина Л.О., Шавейко А.С.</i>	112
Сывороточный холестерин подростков с деструктивным поведением и начальными признаками зависимости <i>Богданов А. С.</i>	113
Острые отравления клофелином и их лабораторная диагностика <i>Борисевич С. Н., Вергун О. М.</i>	114
Исследование феномена бинауральности в «аудионаркотиках» (собственное исследование) <i>Бут-Гусаим В. В.</i>	116
Факторы зависимости от алкоголя у военнослужащих, призванных на военную службу по контракту <i>Василевский В. Г., Молодцов А. Л., Сачек В. И.</i>	117
Патологическая зависимость от азартных игр (патологический гемблинг) и психические расстройства <i>Ваулин С. В., Мармылева Е. И.</i>	119
Клинические испытания экспресс-тестов производства Республики Беларусь на основе моноклональных антител для диагностики наркотического опьянения <i>Вергун О. М.</i>	120

Профилактика наркомании у студентов белорусского государственного университета культуры и искусств <i>Виленчик Б. Т.</i>	121	веществ учащейся молодежи <i>Князев Ю. Н.</i>	135
Обзор наркологической ситуации в Республике Беларусь на сайте европейского центра мониторинга за наркотиками и наркопотреблением <i>Виницкая А. Г., Лелевич В. В., Разводовский Ю. Е.</i>	123	Взаимосвязь алкоголизации с особенностями сексуальной сферы у молодых мужчин <i>Копытов А. В., Куликовский В. Л., Игнатович Д. А., Копытов В. Ф.</i>	137
Функциональная модель алкогольсвязанной глюкозозависимой системы ошибочного процессинга <i>Вэлком М. О., Переверзева Е. В., Переверзев В. А.</i>	125	Результаты исследования исполнительской функции при алкогольной зависимости у подростков и молодежи <i>Копытов А. В., Обьедков В. Г., Игнатович М. А., Куликовский В. Л.</i>	138
Сезонно-алкогольные вариации в суицидогенезе <i>Гелда Т. С., Гелда А. П., Марукович Ю. С., Гриб О. К.</i>	126	Подходы к организации информационных сетей в наркологии <i>Короткевич Т. В., Максимчук В. П.</i>	139
Применение препарата Тенотен при лечении зависимостей <i>Драгунов Ю. В., Романчук И. С.</i>	128	Система мониторинга алкогольного потребления <i>Короткевич Т. В., Осипчик С. И., Максимчук В. П.</i>	141
Лечение игровой зависимости <i>Драгунов Ю. В., Драгунов М. Ю.</i>	129	Особенности волевой сферы наркозависимых <i>Кравченко Т. Н., Кулак А. И.</i>	142
Значение алкогольного опьянения и алкогольной зависимости в суицидальном поведении <i>Жаранков К. С.</i>	130	Опиоидная заместительная терапия в тюрьмах: состояние проблемы и перспективы <i>Кралько А. А.</i>	143
Опыт создания устойчивого терапевтического сообщества лиц, страдающих зависимостью от алкоголя <i>Иванов В. В.</i>	131	Прогнозирование суммарного количества потребителей наркотических и токсикоманических веществ, состоящих на наркологическом учете в Беларуси на период до 2020 года <i>Лелевич В. В., Виницкая А. Г., Разводовский Ю. Е., Бушма Т. В., Лелевич С. В.</i>	145
Потребители инъекционных наркотиков, ВИЧ-инфекция и противоправная активность: анализ данных и поиск зависимостей <i>Игумнов С. А., Станько Э. П.</i>	132	Профилактика употребления психоактивных веществ младшими школьниками <i>Лыжина Л. О., Копытов А. В., Базыльчик С. В., Кононович И. В., Шавейко А. С.</i>	146
Медико-социальная экспертиза больных с алкогольной зависимостью <i>Климович А. С., Копытов А. В.</i>	134	Подходы к проведению мониторинга распространения употребления	
Стратегия профилактики потребления психоактивных			

алкогольных напитков в различных регионах Республики Беларусь <i>Максимчук В. П., Колбасова О. В.</i>	148
Современные принципы организации лечебно-реабилитационной работы в наркологии <i>Максимчук В. П., Колбасова О. В.</i>	149
Клинические особенности шизофрении, коморбидной с алкогольной зависимостью <i>Мартынова Е.В.</i>	150
Оценка экономических потерь, связанных с пьянством и алкоголизмом <i>Осипчик С. И.</i>	152
О законодательных подходах к профилактике пьянства на рабочих местах <i>Пекарская Н. В.</i>	153
Психические расстройства и личностно-психологические особенности у ВИЧ-инфицированных наркоманов <i>Петрова Н. Н., Федотова Ю. А.</i>	154
Биологическая обратная связь и возможности ее применения в аддиктологии <i>Плоткин Ф. Б.</i>	155
О воспитательных условиях формирования созависимой личности в семье <i>Романов С. Н., Николаев Е. Л.</i>	157
Влияние социальных факторов на процесс формирования аддикции к алкоголю среди подростков и молодежи <i>Савицкая А. Н.</i>	158
Динамика клинических особенностей пациентов с алкогольной зависимостью в процессе формирования компенсированной терапевтической ремиссии <i>Сквира И. М.</i>	159
Неспецифические и специфические критерии эффективности психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью <i>Сквира И.М.</i>	161

Дифференцированный подход к психоактивным веществам различного уровня наркотичности в вопросах профилактики зависимостей <i>Скобелев О. В.</i>	162
Ингибиторы протеолиза и морфологическая организация головного мозга при алкогольных интоксикациях <i>Ходос О. А., Гидранович Л. Г., Сачек М. М., Самсонова И. В.</i>	164
Личностные особенности пациентов, страдающих опиоидной зависимостью <i>Хрущ И. А., Костеневич Н. Н.</i>	165
Некоторые социально-психологические особенности подростков с компьютерным игровым аддиктивным поведением <i>Худяков А. В., Урсу А. В.</i>	166
Преморбидный фон больных с наркологической патологией и его влияние на течение основного заболевания <i>Черенков А. А., Обухов Н. Г.</i>	168
Анализ выявляемости наркотических средств и психотропных веществ среди наркопотребителей г. Минска <i>Чубуков А. М., Шилейко И. Д.</i>	169
Комплексный подход к диагностике и лечению алкоголизма с учетом социальной дезадаптации больных <i>Шевцова Ю. Б.</i>	170
Психодинамическая групповая терапия в коррекции зависимого поведения у подростков <i>Шишко О. И., Якушкин Н. В., Теряев И. В.</i>	172
Психотерапия, клиническая психология и сексология	175
Inter-cultural aspects of psychotherapy and counseling with russian-speaking	

immigrants in Israel <i>Alex Altshuler</i>	176	депрессией, имеющих высокий суицидальный потенциал <i>Бузык С. А.</i>	190
Особенности социально-психологической зависимости у последователей новых религиозных движений <i>Агеев Е. К.</i>	177	Депрессивные расстройства. Основные психологические модели, возможности психотерапии <i>Важенин М. М., Михайлова Г. В.</i>	192
Супружеские пары старшего репродуктивного возраста в программе экстракорпорального оплодотворения. Интересы потенциальных детей <i>Архипов Б. А., Карафа-Корбут Н. О.</i>	178	Краткосрочная когнитивно-поведенческая психотерапия тревожных расстройств <i>Важенин М. М., Жарихина М. П.</i>	193
Использование одномерных контент-шкал ММРП в клинической психодиагностике <i>Асанович М. А.</i>	180	Применение психометрического теста Векслера для исследования нарушений психической деятельности при шизофрении <i>Васильева Т. Е.</i>	195
Интервизия как возможность профессионального роста <i>Атрашкевич Д. В.</i>	181	Неадаптивные позиции личности в ситуации суицидогенного конфликта <i>Гелда А. П., Попков А. Д., Зиборова Е. Ю., Рунец К. Е., Гелда Т. С.</i>	196
Психологические особенности пациентов с кожной патологией <i>Белугина О. С., Копытов А. В.</i>	183	Влияние радиодотерапии на показатели качества жизни у пациентов с раком щитовидной железы <i>Григорьева И. В.</i>	197
Механизмы развития сексуальных дисфункций у женщин, страдающих невротическими расстройствами <i>Березовская Н. А.</i>	184	Психотерапия в сексологии <i>Доморацкий В. А.</i>	199
Репродуктивные установки женщин, страдающих невротическими и сексуальными расстройствами <i>Березовская Н. А.</i>	186	Эриксоновская психотерапия и ее возможности <i>Доморацкий В. А.</i>	201
Пищевое поведение как фактор, модулирующий реактивность у студентов медицинского вуза в ответ на психосоциальные стрессоры <i>Бровко С. Н., Скугаревский О. А.</i>	187	Психотерапевтические аспекты лечения пищевой аддикции, сопровождающейся ожирением <i>Донская И. Д., Донской Д. А.</i>	203
К программе медико-психологической реабилитации взрослого сельского населения Беларуси, в том числе пострадавшего от чернобыльской аварии <i>Бронский В. И., Толканец С. В.</i>	189	Стрессопсихотерапия (СПТ) по А. Р. Довженко. Что же такое «кодирование»? <i>Донская И. Д., Донская С. Л., Донской Д. А.</i>	204
Психологические особенности больных		Эффективность различных терапевтических подходов в коррекции сексуальных расстройств у мужчин, прошедших лечение от алкоголизма методом	

эмоционально-стрессовой психотерапии <i>Драгунов Ю. В., Романчук И. С., Драгунова Н. Н.</i>206	Влияние хронической патологии печени и коинфекции ВИЧ на качество жизни больных <i>Матиевская Н. В., Цыркунов В. М., Станько Э. П.</i>220
Психологический статус пациентов с онкологическими заболеваниями <i>Залуцкий И. В., Махнач Л. М., Жуковец А. Г.</i>207	Анализ изменений психосоциального и физического статусов «качества жизни» до и после рефлексотерапии у больных психотерапевтического стационара с хронической ишемией мозга 1-2 степени в зависимости от типов личности <i>Матускова Т. Д., Уласень Т. В.</i>222
Сексуальное поведение студенческой молодежи университетов <i>Зуева Е. Н.</i>208	Психология телесности и ее образ в понимании современных студентов <i>Михайлова О. Н., Николаев Е. Л.</i>223
Роль семейного окружения в развитии нарушений пищевого поведения <i>Ильчик О. А., Мельгуй С. Л.</i>209	Суицид как психоаналитическая и биоэтическая проблема <i>Михаловска-Карлова Е. П.</i>224
Методы терапии соматоформной вегетативной дисфункции сердечно- сосудистой системы (СВД ССС) <i>Каминская Ю. М., Байкова И. А.</i>211	Результаты исследования распространенности депрессии среди пациентов соматических стационаров <i>Мищенко Н. В., Селицкий В. С.</i>225
Эффективность аппаратной психотехнологии с использованием биологической обратной связи в комплексном лечении больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы <i>Каминская Ю. М.</i>212	Психообразование: семейная терапия в профилактике психозов <i>Никифорова В. В.</i>227
Лазеропунктура (магнитолазеропунктура) в коррекции расстройств адаптации у женщин, содержащихся под стражей <i>Козутенко Н. Н., Петров В. И.</i>213	Проблемы развития психотерапии в изменяющейся России <i>Николаев Е. Л.</i>228
Социально-психологические фантомные боли: происхождение, диагностика, коррекция <i>Коломинский Я. Л.</i>215	Цефалгия как психосоматическая проблема на приеме психотерапевта <i>Николаев Е. Л., Орлов Ф. В.</i>229
Нормальное и патологическое старение: нейропсихологический подход <i>Корсакова Н. К., Рощина И. Ф.</i>216	Психофизические и психопатологические корреляты в диагностике цефалгии <i>Орлов Ф. В., Николаев Е. Л., Голенков А. В.</i>231
О феномене веры в психотерапии <i>Лайша Н. А.</i>218	Клинические формы и признаки расстройств адаптации у осужденных <i>Петров В. И., Козутенко Н. Н., Чегерова Т. И.</i>232
Значение медицинской психологии и психиатрии в структуре знаний и умений социального работника <i>Лисковский О. В.</i>219	Влияние личностных факторов пациента на показатели субъективной удовлетворенности лечением у психически

больных в психиатрическом стационаре <i>Раковская Н. В.</i>	233	Социальные репрезентации психических расстройств как фактор социально- психологической адаптации больных <i>Фролова Ю. Г.</i>	251
Психология выживших в катастрофе <i>Решетников М. М.</i>	235	Эффективность применения психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией <i>Хмельницкая Е. А.</i>	252
Основы контроля равновесия у пациентов с нарушением центральной гемодинамики, отягощенных повышенным уровнем тревожности <i>Рубахова В. М., Михадюк Е. П.</i>	238	Опыт психообразовательной работы среди пациентов стационара <i>Хмельницкая Е. А., Ткачук А. М., Евтушик И. И., Астапчик Н. В.</i>	254
Психобиологические особенности у лиц кардиологической патологией <i>Савик О. И., Копытов А. В.</i>	239	Индивидуализация психотерапевтической коррекции беременных с патологическим дородовым периодом <i>Ходжаев А. В., Байкова И. А.</i>	255
Характеристика личностных особенностей контингента ОИТР <i>Савик О. И., Копытов А. В.</i>	241	Исторический аспект развития психосоциальной реабилитации (ПСР) в ГУ «Республиканский научно- практический центр психического здоровья» <i>Штин А. В., Сакович С. Л., Ткачук А. М., Сергеева Т. Ф.</i>	257
Образование, ориентированное на взаимосвязь психологической культуры и психологического здоровья личности <i>Селезнев А. А.</i>	242	Подготовка кадров по психосоциальной реабилитации в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» <i>Штин А. В., Сергеева Т. Ф., Астапчик Н. В.</i>	258
Эрготерапия как одна из форм психосоциальной реабилитации в условиях краткосрочной госпитализации <i>Сергеева Т. Ф., Штин А. В., Лисковский О. В.</i>	243	Детская психиатрия и психотерапия	261
Психотерапевтические аспекты медицинской реабилитации при онкологических заболеваниях <i>Сироткина Е. А., Карпеко И. К., Вальчук Э. Э.</i>	244	Оценка соотношений генотипов матери и ребенка по генам рецус фактора в семьях больных шизофренией <i>Аксенова Е. А., Навроцкий Б. И., Хоменко Н. В., Даниленко Н. Г., Объедков В. Г.</i>	262
Нейропсихологические особенности лиц группы риска развития шизофрении <i>Скугаревская М. М., Объедков В. Г.</i>	246	Аффективно-дизонтогенетические механизмы гиперкинетических расстройств у детей и подростков <i>Антропов Ю. Ф.</i>	263
Структура внутрличностного конфликта и формирование взаимоотношений при соматизированном расстройстве <i>Толкач Е. А.</i>	247		
Эффективность применения психотерапии при лечении шизофрении в условиях психиатрического стационара <i>Трофимова М. Е.</i>	248		
Профилактика игровой компьютерной зависимости <i>Трухан Е. А.</i>	250		

Сравнительный анализ рисунка «автопортрет» девочек с психопатоподобным синдромом и нормой		Качество жизни детей с хроническими дерматозами	
<i>Баз Л. Л.</i>	265	<i>Евдокимов Е. Л.</i>	280
Образ матери у старших школьников с аддиктивным поведением		Реабилитация детей и подростков в 9-м соматопсихиатрическом отделении ГУЗ «ПОПБ №1» д. Богданово	
<i>Басова А. Г.</i>	267	<i>Елисеев М. В.</i>	281
Особенности прогнозирования суицидального и парасуицидального поведения у подростков		Синдром дефицита внимания и гиперактивности: исследование «семейного стресса»	
<i>Белянин В. Г., Нестер Л. Н.,</i> <i>Артемьева Т. А.</i>	268	<i>Емельянцева Т. А.</i>	283
Роль родителей в комплексной нейрореабилитации детей с нарушениями развития		Эффективность ноотропных лекарственных средств в лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности	
<i>Бенилова С. Ю.</i>	269	<i>Емельянцева Т. А.</i>	284
Недирективный гипноз в лечении девиаций поведения у подростков		Психологические типы у детей подросткового возраста	
<i>Боброва Ю. В.</i>	271	<i>Зиматкина О. С.</i>	285
Суицидальное поведение детей и подростков Краснодарского края		Коррекция когнитивных нарушений у детей с аутистическими расстройствами процессуального генеза	
<i>Васянина Ю. Ш.</i>	272	<i>Коваль-Зайцев А. А., Симашкова Н. В.</i>	286
Психологическая коррекция гиперкинетических расстройств в детском возрасте		Обоснование использования нейрпсихологической коррекции при психопатиях у детей и подростков	
<i>Воропаев А. А., Данилова Е. Л.</i>	273	<i>Корнеева В. А., Шевченко Ю. С.</i>	288
Применение нейромидина в детской психиатрии		Психическая патология и психотерапия в семьях детей, страдающих психосоматическими расстройствами	
<i>Григорьева Н. К., Алыко Т. Н.,</i> <i>Третьяк И.Г., Сакович С. Л.</i>	276	<i>Северный А. А., Баландина Т. А.</i>	290
Опыт работы с детьми, страдающими аутистическими расстройствами, в Витебской области		Междисциплинарные подходы к проблеме детского и атипичного эндогенного аутизма	
<i>Данилова Е. Л., Селезнева Е. С.,</i> <i>Шапиро А. Ю.</i>	277	<i>Симашкова Н. В., Якупова Л. П.,</i> <i>Клюшник Т. П.</i>	291
Современные проблемы организации перинатальной психологической и психотерапевтической помощи населению		Особенности психокоррекционной работы с родителями воспитанников социозащитного учреждения	
<i>Добряков И. В.</i>	279	<i>Сулимова Н. В., Уласень Т. В.</i>	293
		Некоторые социально-психологические особенности подростков с компьютерным	

игровым аддиктивным поведением <i>Худяков А. В., Урсу А. В.</i>	294
Многоуровневая коррекция формирующихся психопатий <i>Шевченко Ю. С.</i>	295
Психологические аспекты подросткового танатотропизма <i>Шмырева О. И.</i>	298

Клиническая нейрофизиология и эпилептология301

Диагностика синдрома зависимости посредством выявления алкогольного генеза судорожных припадков <i>Астапенко А. В., Плоткин Ф. Б., Навацкая Л. Л.</i>	302
К вопросу реабилитации лиц с ограниченными возможностями <i>Власова С. В., Шебеко Л. Л., Германович Л. В.</i>	303
Применение магнитно-резонансной томографии для дифференциальной диагностики деменций <i>Дудук С. Л., Лелякко И. А., Бойко Д. В.</i>	304
Диагностически-терапевтический алгоритм при эпилепсии <i>Карлов В. А.</i>	306
Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция – фактор активации антиэпилептических систем <i>Кистень О. В., Улащик В. С., Евстигнеев В. В., Мисюк Н. Н.</i>	307
Исследование соматосенсорных вызванных потенциалов у здоровых взрослых и детей (в поисках возрастной и ростовой нормы) <i>Минзер М. Ф.</i>	309
Реабилитация при эпилепсии <i>Москалев А. В.</i>	310

Некоторые аспекты ведения пациента с первым припадком <i>Наумова Г. И.</i>	311
Методологическое значение для психо- и нейронаук феноме на возврата отдельных признаков и свойств организма при патологии к периодам раннего онто- и филогенеза <i>Семенова И. Н.</i>	313
Парушэнні інфармацыйных міжпаўшарных працэсаў пры шызафрэнні <i>Цяцэркіна Т. І., Аб'едкаў В. Г.</i>	316
Значения затылочных пиковой и средней частот альфа-ритма у детей с эпилепсией <i>Шалькевич Л. В., Жарихина М. П., Шарко Е. Е.</i>	317
Повышение пластичности головного мозга при терапевтически резистентных формах эпилепсии <i>Шанько Г. Г., Ивашина Е. Н., Шанько Л. В.</i>	318
Нейропластичность и ее роль в неврологии и психиатрии <i>Шанько Г. Г., Шанько Ю. Г., Барановская Н. Г.</i>	320
Некоторые новые представления о структуре гамк-бензодиазепновых рецепторов и перспективы лечения эпилепсии антиконвульсантами, содержащими фармакофор глицина <i>Шилов Г. Н.</i>	321
Роль нейровизуализации в комплексной диагностике дисциркуляторных энцефалопатий <i>Шилов Г. Н., Евстигнеев В. В., Юршевич Е. А.</i>	322

**Клиническая,
социальная
и судебная
психиатрия**

Балашов А. Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Оценка риска совершения повторного общественного опасного деяния невменяемыми лицами, страдающими шизофренией, исходя из характеристик примененных принудительных мер безопасности и лечения, социальных и личностных факторов

С целью выявления факторов риска неэффективной реализации принудительных мер безопасности и лечения (ПМБЛ) и определения шансов ее эффективной реализации, нами были изучены такие характеристики ПМБЛ, как вид, характер, продолжительность, а также личностные и социальные особенности пациентов, страдающих шизофренией, совершивших и не совершивших повторные общественно опасные деяния (ООД) после примененных ПМБЛ стационарного типа.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить вероятность совершения повторного ООД невменяемыми лицами, страдающими шизофренией, исходя из характеристик примененных ПМБЛ, социальных и личностных особенностей пациентов.

■ ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лица, страдающие шизофренией, совершившие ООД.

■ ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вид, характер, продолжительность ПМБЛ, личностные и социальные особенности пациентов.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объем исследования охватил 211 лиц, которые были распределены в следующие группы: 1) лица, страдающие шизофренией, совершившие повторное ООД (***N=100***); 2) лица, страдающие шизофренией, совершившие однократное ООД (***N=111***).

■ ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Про- ретроспективное, сравнительное, когортное.

В качестве статистических методик использовались критерий Пирсона - χ^2 и расчет показателей отношения шансов (Odds Ratio - OR).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка результатов проведенного нами исследования показала, что ПМБЛ в психиатрической больнице со строгим и усиленным режимами наблюдения в группе

лиц с однократными ООД были применены в 15 % случаях, против 37 % в группе лиц с повторными ООД ($\chi^2 = 75,37$; $p < 0,001$). Большинству пациентов (75 %) ПМБЛ применялись не более 3-х лет: 85 % с повторными ООД и 76 % - с однократными ООД ($\chi^2 = 5,13$; $p < 0,2$). Пациенты, которым применялись ПМБЛ продолжительностью до 1 года, лишь в четверти случаев совершили повторное ООД (27 %). По мере увеличения сроков применения ПМБЛ более 1 года, частота случаев совершения повторного ООД увеличивалась, а межделиктовый интервал сокращался (до 2-х лет - 46,2 %, до 3-х лет - 51,4 %). Большинство пациентов совершили повторное ООД менее чем через 5 лет после отмены ПМБЛ, в 20% случаев - менее чем через 1 год. Наиболее «легкие» повторные ООД (кражи, хулиганства) чаще совершались лицами, к которым ранее применялись ПМБЛ в психиатрической больнице с усиленным и общим режимами наблюдения. Наибольший удельный вес рецидивов агрессивных ООД (убийства, причинение телесных повреждений) отмечался у лиц, к которым ранее применялись ПМБЛ в психиатрической больнице со строгим режимом наблюдением ($\chi^2 = 17,21$; $p < 0,05$). Неэффективность реализации ПМБЛ была опосредована такими факторами, как «наличие делинквентного поведения в подростковом возрасте» (OR=3,12), «наличие судимостей в прошлом» (OR=6,18), «отсутствие просоциальной поддержки» (OR=4,84), «латентная общественная опасность» (OR=11,15), «наличие в прошлом принудительных госпитализаций» (OR=5,1), «нарушения режима пребывания в психиатрическом стационаре» (OR=6,36), «зависимость от алкоголя» (OR=7,3) и «коморбидные расстройства личностного регистра» (OR=12,1). Шанс эффективной реализации ПМБЛ был выше у лиц с адекватными комплаентными отношениями, имевших стабильное место проживания, стойкое просоциальное мировоззрение и родственников, способных к сотрудничеству с психиатрической службой.

■ ВЫВОДЫ

Рецидив ООД не показал зависимости от продолжительности и вида ПМБЛ, примененных к невменяемым лицам, страдающим шизофренией.

Личностные и социальные характеристики лиц, страдающих шизофренией, влияли на шанс совершения повторного ООД значительно сильнее, чем симптомы клиники шизофрении (PANSS) средней и сильной степени выраженности.

Березанцев А. Ю., Филатов Т. Ю.

ГНЦ Социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Виктимологическая и судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у потерпевших

В последние годы большее значение придается оценке поведения потерпевших с психическими расстройствами. Практика судебно-психиатрической эксперт-

ной деятельности свидетельствует о том, что нередко жертвами противоправных действий являются лица с различными формами психической патологии. Учение о подверженности лиц с психической патологией становиться жертвами правонарушений начало развиваться с 40-х годов прошлого столетия. В тот период стала развиваться новая дисциплина - виктимология. С целью установления психопатологических факторов, влияющих на формирование виктимного поведения у совершеннлетних лиц с различными формами психической патологии, были изучены 128 взрослых потерпевших, проходивших амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. Все подэкспертные направлялись на экспертизу судебно-следственными органами для определения способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания, а в части случаев еще и для выявления индивидуально-личностных особенностей и определения возможности понимать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление. Диагностировалась следующая патология: у 34,38% подэкспертных – органические психические расстройства, у 26,56% – умственная отсталость различной степени, у 24,22% – шизофрения, у 10,16% – расстройства личности, в 4,69% – психические и поведенческие расстройства в связи с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). По половозрастному составу 51,56% подэкспертных составили лица мужского пола, 48,44% – женского. В 14,84% в отношении потерпевших были совершены преступления против собственности; в 21,88% – половые правонарушения; в 25% в отношении потерпевших были совершены преступления против жизни и здоровья; в 10,16% – против свободы, чести и достоинства личности; в 7,81% - прочие правонарушения. В 20,31% случаев речь шла о нескольких преступлениях в отношении потерпевшего.

В результате было установлено, что степень выраженности виктимности не зависит от возраста, пола, нозологической принадлежности, а определяется клиническими проявлениями ведущего психопатологического синдрома. Повышенной виктимности способствует наличие преимущественно дефицитарных (нарушение интеллекта и восприятия, грубые нарушения мышления и критических способностей, выраженные эмоционально-волевые нарушения) и галлюцинаторно-бредовых психопатологических расстройств, склонность к употреблению и злоупотреблению ПАВ. Эмоционально-волевые расстройства в виде аффективно-волевой заторможенности (пассивное поведение) более содействует совершению криминальных действий в отношении потерпевших чем аффективная возбудимость, ажитация. Повышенной виктимности способствуют такие черты личности как незрелость, внушаемость, подчиняемость, зависимость, доверчивость, непосредственность поведения, эгоцентризм, эмоциональная неустойчивость. Лица с пограничными психическими расстройствами с неврозоподобной и психопатоподобной симптоматикой чаще становятся жертвами преступлений против жизни и здоровья. Потерпевшие с явлениями неглубоких когнитивных нарушений чаще других являются жертвами сразу нескольких видов правонарушений, а лица с тя-

желыми психическими заболеваниями чаще становятся жертвами половых правонарушений. Повышенная виктимность коррелирует со сниженной способностью потерпевших правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать показания, а также понимать характер и значение совершаемых в отношении них криминальных действий, что необходимо учитывать при решении экспертных вопросов и в профилактической работе по предупреждению правонарушений в отношении лиц с психическими расстройствами.

Букин С. И.

УЗО Гродненского облисполкома, Гродно

Управление организацией помощи лицам, имеющим риск совершения самоубийства

Организация помощи лицам, имеющим риск совершения самоубийства (далее - ЛИРСС), является задачей межведомственного уровня, основанная не только на обучении вопросам выявления суицидальной настроенности, но и на наличии структурированной системы мероприятий в каждом из ведомств, предопределяющей этапность и уровни оказания помощи ЛИРСС.

В рамках реализации ряда государственных Программ в учреждениях здравоохранения Гродненской области созданы условия для организации руководителями специализированной помощи ЛИРСС, находящимся в стационарных учреждениях здравоохранения.

Одной из основных задач является создание условий, при которых врач, осуществляющий первичное медицинское освидетельствование, будет компетентен в вопросах диагностики суицидальных интенций у конкретного пациента. Для решения данного вопроса разработана бальная «Шкала оценки риска суицида» (далее - ШОРС), основанная на анализе наиболее часто встречающихся особенностей социального статуса суицидента Гродненской области как взрослого, так и ребенка. ШОРС состоит из 7 – 9 пунктов, для ответа на которые врачу системы здравоохранения не нужны специальные знания. Она используется во всех учреждениях здравоохранения как обязательная при первичном осмотре врачом приемного отделения.

Для пациентов, поступающих на стационарное лечение с установленным риском совершения самоубийства, специализированная помощь оказывается поэтапно с привлечением к работе с ним - в зависимости от глубины выявленных расстройств – специалиста соответствующего уровня компетенции.

При выявлении ЛИРСС первым с ним работает психолог, который на основе интерпретации стандартизированной бальной «Шкалы депрессий» решает вопрос об уровне имеющихся психологических (психических) расстройств пациента.

В случае, если количество баллов по данной шкале позволяет предположить наличие депрессивного расстройства, пациент передается под наблюдение психотерапевту.

Психологи, психотерапевты и психиатры в системы здравоохранения – профильные специалисты, имеющие специальные знания в вопросах оказания помощи ЛИРСС. В условиях дефицита данных специалистов в большинстве из стационарных учреждений здравоохранения вопрос оказания квалифицированной помощи ЛИРСС был решен посредством внедрения в практическую деятельность инструкции по применению «Кризисной терапии лиц в психотравмирующей суицидоопасной ситуации». Данная инструкция содержит алгоритм действий и перечень вопросов, позволяющие лечащему врачу, не имеющему специальных знаний в области психиатрии, оказать превентивную психотерапевтическую помощь ЛИРСС.

Таким образом, использующийся порядок оказания помощи ЛИРСС в стационарных учреждениях здравоохранения предопределяет проведение у всех жителей области, находившихся на стационарном лечении (около 27%), экспресс-диагностики наличия риска совершения самоубийства. Это обуславливает эффективность действий врачебного персонала в вопросах выявления, оказания помощи и маршрутизации ЛИРСС при минимизации затрат времени на диагностику наличия риска совершения самоубийства.

Васильев В.С., Богущкий М.И., Шейко М.И., Озимко Д.А., Невгень И.Н
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

О вариантах нарушения сознания у больных с инфекционной патологией

В последнее время увеличилось число больных инфекционной патологией с различными формами нарушения сознания и судорожным синдромом. Психические и судорожные расстройства, возникающие на фоне инфекционной патологии, отягощают течение инфекционных заболеваний, угрожают жизни, усложняют диагностику, проведение дифференциального диагноза и отягощают реабилитацию больных.

Целью исследования было установление причинно-следственной связи судорожного синдрома у детей и делириозных расстройств у взрослых с инфекционной патологией. Наблюдались 36 детей и 27 взрослых пациентов в ОРИТ областно-го инфекционного стационара.

Среди наблюдаемых 36 детей преобладали дети в возрасте от года до 3 лет (58,3%), мальчики (52,8%). Наиболее частой причиной, инициирующей судороги, были тяжелые ОКИ: сальмонеллез, шигеллез, гастроэнтериты (16,7%); аденовирус-

ная инфекция и грипп, осложнившиеся пневмонией. В 17 случаях (47,2%) судороги носили генерализованный характер, сопровождались потерей сознания и кратковременной остановкой дыхания; в 5 случаях (13,9%) носили местный характер (лицо, конечности), и в 2 случаях отмечено состояние судорожной готовности на врачебный осмотр. У 27 больных (75%) судорожный синдром развился впервые, у 7 (19,4%), по данным медицинской документации, был повторным. За время пребывания в ОРИТ у 9 из 36 больных судорожный синдром развился дважды. Находились под наблюдением психиатра и невролога до поступления в стационар 6 детей (эпилепсия, детский церебральный паралич), а у 23 детей (69,9%) неонатологом родильного отделения была диагностирована энцефалопатия новорожденных различного генеза, у 11 детей (30,5%) возможное внутриутробное инфицирование плода.

Среди 27 взрослых больных в возрасте от 25 до 66 лет, у которых в период пребывания в стационаре по поводу ОКИ и ОРВИ развились делириозные состояния, 24 пациентам (88,9%) диагноз алкоголизма был выставлен впервые, трое находились на учете в наркодиспансере. Средний срок употребления алкоголя 18 лет (от 7 до 31 года). У 5 больных делириозное состояние было при поступлении, у 4 развилось в первые сутки стационара, у 10 - на вторые, у 6 - на третьи, и у 1 - на 7 сутки. Судорожный синдром имел место лишь в 1 случае. Выход из делириозного состояния в течение суток с момента его развития отмечен был у 4 больных (14,8%), на вторые сутки у 8 (29,6%), на третьи - у 5 (18,5%), на четвертые - у 4 (14,8%) и на седьмые сутки у 1.

Таким образом, судорожный синдром у детей с инфекционной патологией обусловлен интоксикационным синдромом, развивался преимущественно у пациентов с энцефалопатией новорожденных. Для взрослых характерным при развитии делириозных состояний у больных с алкогольной зависимостью было отсутствие судорожного синдрома.

Ваулин С. В., Алексеева М. В.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Госпитальная оценка суицидального риска в условиях психиатрического стационара

Изучение причин и механизмов формирования суицидального поведения у депрессивного больного служит предпосылкой к совершенствованию методов профилактики и лечения, как лиц совершивших суицидальную попытку (СП), так и потенциальных суицидентов. При отсутствии единой концепции в подходе к изучению суицидального поведения и сложностей диагностики суицидального риска, которые обусловлены не только неопределенностью диагностических критериев, а

также расширенной трактовкой аутоагрессивных проявлений, не завершающихся летальным исходом, до настоящего времени в суицидологии сохраняется тенденция к превалированию работ, имеющих эпидемиологическую, социальную и психологическую направленность. Однако на практике различные формы саморазрушающего поведения, в том числе СП демонстративно-шантажного характера не всегда требуют обязательной госпитализации в психиатрический стационар, а доля проводимой фармакотерапии заметно уступает объему психотерапевтического вмешательства и социально-психологической помощи. В этом случае установление степени суицидального риска является ключевым моментом, определяющим необходимость госпитализации в психиатрический стационар, в том числе в недобровольном порядке, а также объем и содержание суицидологической помощи.

Обследованы 112 пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с совершенной СП. Все суициденты были распределены на три группы: первая группа – лица, совершившие суицидальную попытку (КСП), соответствующую дефиниции ВОЗ, вторая группа – лица, с незавершенными суицидами, то есть серьезными СП (КССП). Третью группу составили пациенты со стойкими суицидальными тенденциями в постсуицидальном периоде, обозначенную нами как группа с суицидально-фиксированным постсуицидом (КСФП).

Основными критериями отбора являлись: возраст пациентов от 18 до 60 лет, наличие клинически значимой депрессии, определяемой по шкале Монтгомери–Асберга (MADRS) для оценки депрессии (не менее 15 баллов), наличие СП, повлекшей госпитализацию в психиатрический стационар. Оценка суицидального риска верифицировалась по «Шкале суицидальных мыслей» (Scale for Suicide Ideation, SSI). В качестве клинических предикторов суицидального риска, тактики и стратегии оказания суицидологической помощи использована двухуровневая типологическая модель депрессии (Смулевич А.Б. с соавт., 1997). На основании чего был выделен 21 клинический признак, соотносящийся с проявлениями позитивной и негативной аффективности.

По результатам проведенного исследования наибольший суицидальный риск обнаруживали пациенты с шизофренией, органическим поражением головного мозга, расстройствами настроения, имеющие низкий уровень социальной адаптации, преобладание в клинической картине депрессивных расстройств негативного вектора аффективности на фоне высокого уровня депрессии и личностной тревожности.

Выделение групп суицидентов легло в основу составленной нами дифференцированной системы оценки степени суицидального риска, а также алгоритма последовательности и содержания лечебно-профилактических мероприятий по оказанию суицидологической помощи в условиях психиатрического стационара. Разработка стратегии курации суицидента на госпитальном этапе позволяет улучшить преемственность с амбулаторным звеном, повысить качество превенции повторных СП.

Виленик Б. Т.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
Белорусский государственный университет культуры и искусств, Минск

Заболевания кожи и подкожной клетчатки у стационарных больных с нарушениями психического здоровья

Возникновение заболеваний кожи под влиянием психических, эмоциональных факторов является хорошо известным фактом, подтвержденным экспериментально еще во времена И.П.Павлова. Функциональные, тем более органические изменения нервной системы могут вызывать нарушения физиологических функций кожи и быть предпосылкой к развитию кожных заболеваний или являться их основной причиной.

В период с 1.09.2007 по 1.09.2009 года на консультативном приеме в РНПЦ психического здоровья дерматологом осмотрено 4142 пациента. Из них больные хроническими дерматозами составили 27,2%, гнойничковой и грибковой инфекцией – 16,7%, контактно-аллергическими дерматитами – 10%, чесоткой – 7%, с аллергическими реакциями на медикаментозную терапию (токсидермиями) – 6,7%, с клиническими проявлениями основного заболевания на коже (патомимии, дерматозойный бред Экбома, синильный зуд кожи) – 3,4%, с позитивными ИФА антилюэс реакциями крови – 16,1%, направленные на осмотр для принятия экспертных решений – 13,9%.

У больных хроническими дерматозами установлены диагнозы: хроническая экзема (39,7%), распространенный псориаз (25,5%), себорея (14,2%), розацеа (14,2%), злокачественные опухоли кожи (2,5%), витилиго (1,9%), алопеция (1,5%), вульгарная пузырьчатка (0,5%). Всем больным проводилась комплексная медикаментозная общеукрепляющая и этиопатогенетическая терапия, назначались наружные лекарственные средства, физиопроцедуры в соответствии клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Аллергические реакции на медикаментозную терапию отмечены в форме распространенной токсидермии, синдрома Стивен-Джонсона и фиксированной эритемы. В большинстве случаев высыпания на коже регрессировали после отмены медикаментов-аллергенов на фоне гипосенсибилизирующей терапии.

Больные с заразными заболеваниями кожи (чесотка, гнойничковые, грибковые и вирусные инфекции) распространенного характера в большинстве случаев выявлялись при поступлении, изолировались в инфекционном отделении, где и проводилось их лечение с последующим наблюдением дерматологом в период реконвалесценции. Следует отметить распространенность высыпаний и осложненные формы с явлениями экзематизации у пациентов с грубыми нарушениями личной гигиены, при недостаточном внимании родственников, обслуживающего

персонала. В связи с этим, оказание помощи нуждающимся больным в личной гигиене является основным в предупреждении опрелостей, гнойничковых, грибковых и вирусных заболеваний кожи. С целью выявления ранних форм инфекционных заболеваний кожи, необходим строгий контроль выполнения регулярных телесных осмотров больных психиатрического стационара.

У большей части пациентов, выявленная позитивная ИФА антилюэс реакция отражала перенесенный и обычно пролеченный в кожвендиспансере, или во время отбывания сроков наказания в исправительных учреждениях -серопозитивный сифилис, в остальных случаях (17,2%) установлен, соответствующий клиническим проявлениям, диагноз вновь выявленного сифилиса.

Таким образом, заболевания кожи являются частыми сопутствующими заболеваниями у пациентов психиатрического стационара, требуют квалифицированной диагностики и лечения, которые способствуют эффективности терапии основного заболевания и улучшению качества жизни, больным с психическими заболеваниями.

Гелда Т. С., Давидовский С. В., Игумнов С. А., Гелда А. П.,
Рунец К. Е., Зиборова Е. Ю., Попков А. Д., Марукович Ю. С., Гриб О. К.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Сезонная суицидальная активность лиц молодого возраста

В данном исследовании представлены материалы сопоставления сезонной суицидальной активности лиц молодого возраста, совершивших суицидальные попытки и акты самоубийств.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены случаи суицидальных попыток и самоубийств в 2005-2007 гг. среди лиц возраста 15-24 лет, жителей г. Минска. Исследовательская выборка составила 1169 случаев суицидальных попыток (соответственно, 504 и 665 среди лиц мужского и женского пола) и 100 случаев самоубийств (83 и 17).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В половозрастном аспекте выборки для исследования были сопоставимы (в мужской выборке парасуицидентов средний возраст $21,1 \pm 0,1$ лет и медиана 22 года и в женской $19,8 \pm 0,1$ лет и медиана 20 лет и в соответствующих гендерных выборках суицидентов $20,6 \pm 0,3$ и $20,0 \pm 0,8$ лет при равных значениях медианы в 21 год; $P > 0,05$).

В исследуемых выборках в данные изучаемые годы тенденция сезонного относительного распределения случаев суицидальных попыток и самоубийств наиболее адекватно характеризовалась криволинейной направленностью по параболе 2-го порядка. Несмотря на случайность распределения частоты случаев суицидальных попыток и самоубийств в мужской и женских выборках парасуицидентов и суицидентов ($X^2=4,21$; $P=0,89$), тенденция имела своеобразную направленность: плавное снижение частотности распределения случаев суицидальных попыток в мужской выборке и случаев самоубийств в женской выборке от зимнего сезона года к летнему (соответственно, от 29,0% к 24,0% и от 29,4% к 23,4%) и последующему частотному росту в осенний сезон (24,2% и 23,5%) и четко выраженную трендовую синусоидную полюсность в женской выборке парасуицидентов (с антипиком в 23,9% случаев весной и пиком в 27,2% летом) и в мужской выборке суицидентов (соответственно, 20,5% против 31,3% случаев).

■ ВЫВОДЫ

Отмечены гендерные различия сезонной суицидальной активности в 2005-2007 гг. среди жителей г. Минска в возрасте 15-24 лет при сопоставлении по критериям «суицидальная попытка» и «самоубийство». Суицидальная готовность к незавершенным суицидальным действиям наиболее высока в зимний сезон года среди лиц мужского пола и в летний сезон среди лиц женского. В то же время сезонная суицидальная готовность к совершению самоубийства в гендерном аспекте имела противоположную тенденцию.

*Настоящее исследование поддержано грантом Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор №Г09Р-011 от 15.04.2009 г.).

Голенков А. В., Малышкина Ю. Н., Крылов Д. Н., Иванов В. Н.
Чувашский госуниверситет им. И. Н. Ульянова,
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары, Россия

Отношение психически больных к электросудорожной терапии

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Невыборочно опрошено 90 психически больных (66 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 18 до 62 лет (средний – $37,3 \pm 11,8$ года). С шизофренией было 84 чел., депрессивными расстройствами – 6. ЭСТ проводили 44 больным (1-я группа), знали, что такое ЭСТ, но никогда ее не получали – 46 (2-я группа). Использовалась анкета, содержащая 14 вопросов, девять из которых заимствованы у G. Gazdag et al. (2004).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Получили информацию об ЭСТ от врачей – 52,2% респондентов, от психически больных – 51,1%, из средств массовой информации (СМИ) и книг – 8,9%; указали несколько источников – 12,2%. Больные 1-й группы чаще ссылались на врачей ($p < 0,001$), а из 2-й группы, на других больных ($p < 0,001$). От врачей чаще получали сведения об ЭСТ мужчины ($p < 0,01$) и те, кому эта процедура помогла в лечении ПР ($p < 0,05$).

Улучшение в психическом состоянии после ЭСТ отметили 50% больных, 56,8% считали, что ЭСТ способствовала излечению. Кто так считал, чаще допускал повторение процедуры в будущем ($p < 0,01$). Существенно негативнее были оценки у респондентов, получивших информацию от других больных ($p < 0,01$). 20% пациентов полагали, что ЭСТ можно проводить без наркоза, еще 27,8% не знали ответа на этот вопрос. 51,1% опрошенных считали ЭСТ опасным методом лечения ПР (в 1-й группе – 40,9%, во 2-й – 60,9%; $p < 0,02$). Они, как правило, не знали об обязательном проведении наркоза (анестезии) перед процедурой ($p < 0,001$). О злоупотреблении в использовании метода говорили 18,9% опрошенных, существенно чаще больные из 2-й группы (26,1 против 11,4%, кто получал ЭСТ; $p < 0,05$). Согласились, что ЭСТ используют для наказания непослушных больных 33,3% (18,9% – сомневались, 48,2% – отрицали); чаще так считали те, кто не получал ЭСТ (41,3 против 25%; $p < 0,05$) и больные более возрастной группы ($p < 0,05$). Корреляции обнаружены с положительным ответом о том, что ЭСТ опасный метод лечения ($p < 0,01$). ЭСТ как «средство последней надежды» оценили 37,8% больных (24,4% не знали ответа); чаще так ответили больные из 2-й группы (47,8 против 27,3%; $p < 0,05$). Дали бы согласие на повторение ЭСТ в будущем в случае ухудшения психического состояния 45,6%; в 1-й группе – 52,3%, во 2-й – 37% ($p < 0,05$).

Не было различий между группами больных в получении информации об ЭСТ из СМИ и книг, эффективен ли данный метод лечения ПР, можно ли использовать его без наркоза, проводится ли он нелегально.

Негативное отношение больных к ЭСТ связано в первую очередь с недостаточной информацией об этом методе лечения, существующими в населении мифами. Определенное влияние на оценки могут оказывать врачи-психиатры и медицинские сестры, считающие его неэффективным методом лечения, вызывающим органическое поражение головного мозга. Нельзя исключать недостаточную подготовку ряда больных к процедуре.

■ ВЫВОДЫ

Таким образом, исследование прояснило причины негативного отношения к ЭСТ. Следует лучше отбирать больных к проведению такого метода лечения, более тщательно проводить их подготовку, усовершенствовав информационное согласие для ЭСТ. Оптимизации требует уход и наблюдение за такими пациентами. В совершенствовании знаний нуждаются медицинские сестры и врачи с негативным отношением к ЭСТ.

Гусаков Ю. А., Новиков В. В.

Управление судебно-психиатрических экспертиз Государственной службы медицинских судебных экспертиз, Минск

Состояние и перспективы судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизы в Республике Беларусь

Во исполнение решений Президента и Правительства Республики Беларусь в апреле 2002 года судебно-психиатрические подразделения из Министерства здравоохранения перешли в состав Государственной службы медицинских судебных экспертиз. За 2002-2009 годы в Государственной службе медицинских судебных экспертиз создана структурированная сеть судебно-психиатрических экспертных учреждений, в основном сформирована нормативно-правовая база, регламентирующая их деятельность, существенно улучшилось организационно-методическое, кадровое и материально-техническое обеспечение.

Организационная структура судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизы Государственной службы медицинских судебных экспертиз в настоящее время включает:

1. Управление судебно-психиатрических экспертиз, в котором имеются 3 отдела (отдел стационарных судебно-психиатрических экспертиз лиц со строгим наблюдением на 70 коек, отдел стационарных судебно-психиатрических экспертиз граждан не находящихся под стражей на 50 коек, отдел сложных экспертиз и контрольно-методической работы)
2. Отделы амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз 5 областных центров республики и г. Минска с 17 межрайонными отделениями.

За период с 2002 года по 2009 год штат экспертов-психиатров увеличился в 3,4 раза до 168 должностей, штат экспертов-психологов – в 6,7 раза до 53 должностей. В 2005 году в Государственный классификатор специальностей и должностей включены специальности «судебная психиатрия» и «судебная медико-психологическая экспертиза».

Количество проведенных экспертиз с 2001 по 2008 г.г. увеличилось в 2,3 раза. Анализ экспертных решений, принятых судебно-психиатрическими комиссиями в 2008 году показывает, что невменяемыми, как правило, признаются исследуемые, страдающие психотическими расстройствами (66,1% от общего числа невменяемых), умственной отсталостью (27,1%) и в меньшей степени – психическими расстройствами непсихотического характера (6,8%).

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе обычно проводилась гражданам, в отношении которых определялась дееспособность, недееспособность, способность совершать сделки и иные юридически значимые действия. В последние годы стали проводиться экспертизы о признании брака недействи-

тельным, экспертизы о возможности участия супругов в воспитании детей, ограничении родительских прав, экспертизы по обжалованию принудительной госпитализации в психиатрические стационары либо принудительного психиатрического освидетельствования и постановки на учет в психоневрологические диспансеры; экспертизы в связи с трудовыми спорами, посмертные экспертизы по оценке психического состояния граждан с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Обеспечение качества является приоритетным в судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертной деятельности. Оно достигается через выполнение установленных критериев и нормативов проведения экспертного исследования, которые необходимы и достаточны для составления достоверного, объективного и научно обоснованного экспертного заключения, соответствующего процессуальным требованиям и отвечающего на поставленные вопросы.

Давидовский С.В., Игумнов С.А., Мигаль Т.Ф.
УЗ «Городской психоневрологический диспансер»,
ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Особенности суицидального поведения жителей г. Минска

Начиная с 2005 года в г. Минске налажен мониторинг суицидальной активности, который включает в себя регистрацию всех случаев суицидов и парасуицидов. В результате проводимой работы было выявлено, что среди совершивших суицид преобладают лица мужского пола в возрасте 40-59 лет (48-50% от числа совершивших суицид), основной способ – самоповешение (85% от числа случаев). Среди мужчин 62,3% имели ту или иную концентрацию алкоголя в крови, чаще всего она составляла от 1,5 до 2,5 промилле. Однако на учете у нарколога стояли лишь 16,6% от числа совершивших суицид. Лица, совершавшие суицид, были в основном социально неустroенными (65% от числа совершивших суицид нигде не работали и не учились). За психотерапевтической помощью, как правило, не обращались. Соотношение завершенных суицидов и парасуицидов составило: 1:6 в 2007; 1:7 в 2007; 1:7 в 2008; 1:8 в 2009. Как показало 3- летнее наблюдение, только 0,5% парасуицидентов в дальнейшем совершали самоубийство.

Данная работа позволила определить фокус дальнейших исследований и разработать комплекс мероприятий, направленных на профилактику суицидального поведения среди жителей г. Минска: контроль за употреблением психотропных веществ; активная работа со средствами массовой информации; регулярные общеобразовательные семинары для врачей общей практики и социальных работников.

*Настоящее исследование поддержано грантом Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор №Г09Р-011 от 15.04.2009 г.).

Дудук С. Л., Лелявко И. А., Бойко Д. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Опухоли головного мозга как причина деменций

Деменция – синдром, к которому могут приводить различные по этиологии патологические процессы. Правильная диагностика причины этого синдрома и адекватное лечение могут в ряде случаев привести к обратному развитию нарушений либо затормозить прогрессирование патологического процесса.

Лишь в небольшом проценте случаев (в среднем менее 15%) можно выявить потенциально излечимую причину деменции, обычно с использованием параклинических методов исследования.

Среди пациентов более молодого возраста (до 65 лет) обратимой причиной деменции является нормотензивная гидроцефалия, у более пожилых больных – метаболические нарушения, ятрогенные факторы.

Особое место среди причин деменции занимают опухоли головного мозга, особенно лобной или височной локализации. В основном это менингиомы и глиомы. Возможно сдавление опухолью путей ликворооттока, что приводит к картине гидроцефалии. Чем более выражена деменция, тем хуже прогноз операции в плане восстановления когнитивного дефекта.

Деменция может возникнуть и при опухолях соматической локализации. Причины когнитивных нарушений в этих случаях весьма многообразны: метастазирование в головной мозг, связанный с иммуносупрессией инфекционный процесс, токсические и дисметаболические (печеночная, почечная) энцефалопатии, лимбический энцефалит, как осложнение химиотерапии возможно возникновение лейкоэнцефалопатии, которая также может протекать с клинической картиной деменции.

Важное значение для диагностики опухолей головного мозга имеют результаты нейровизуализационных методов исследования (компьютерная и магнитно-резонансная томография – КТ/МРТ).

В клинике УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» за период 2007-2009 гг. из 73 пациентов с установленным врачами-психиатрами диагнозом «Деменции при болезни Альцгеймера» в двух случаях после магнитно-резонансного обследования головного мозга была установлена истинная причина когнитивных, эмоциональных и поведенческих расстройств пациентов – опухоли головного мозга, которые не прозвучали неврологически, не были выявлены рутинными методами обследования ввиду особенностей локализации и пластичности тканей мозга.

В первом случае была выявлена опухоль мозолистого тела с прорастанием в лобные доли размером 60X80мм, клиника соответствовала классическому описанию альцгеймеровской деменции, после удаления опухоли симптоматика частично регрессировала.

Во втором случае мы наблюдали скопление цереброспинальной жидкости в субдуральном пространстве головного мозга, и как клиническое проявление субдуральной гигромы – нарастание когнитивного дефицита, нарушение высших корковых функций, эмоциональное притупление. Гигрома может развиваться из лимфангиомы (кистозная гигрома (cystic hygroma)) или из разжиженных остатков субдуральной гематомы (субдуральная гигрома (subdural hygroma)). Таким образом, гигрома – это разновидность кисты, также потенциально курабельная причина деменции.

Дымович Н. В., Дудук С. Л.

УЗ «Зельвенская ЦРБ», г.п. Зельва, Гродненская область

Нормотензивная гидроцефалия как причина когнитивных нарушений у пожилых

Нормотензивная гидроцефалия (НТГ) – синдром, характеризующийся сочетанием деменции, нарушений ходьбы и недержания мочи при выраженном расширении желудочковой системы и нормальном давлении цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), является потенциально обратимой причиной деменции. Распространенность НТГ невелика – по данным разных авторов, она выявляется у 0,4–6% больных с деменцией. Первенство описания НТГ, как самостоятельного заболевания, принадлежит S.Hakim и R.D.Adams. В 1965 г. они опубликовали статью о “симптоматической скрытой хронической гидроцефалии взрослых с нормальным глазным дном” или “гидроцефалии с нормальным давлением ликвора”. Авторы акцентировали внимание на потенциальной курабельности этого синдрома, который клинически проявляется своеобразными нарушениями походки по типу апраксии ходьбы, деменцией и тазовыми расстройствами. Позже этот клинический симптомокомплекс получил эпонимическое название триады Хакима-Адамса. В современной литературе наибольшее распространение получил термин “нормотензивная гидроцефалия”. Развитие НТГ обусловлено дисбалансом секреции и резорбции ЦСЖ и нарушением ликвородинамики.

Мы наблюдали пациента К., 1934 года рождения с диагнозом «Смешанная деменция при болезни Альцгеймера», в клинике: шаркающая походка на широко расставленных ногах, неустойчивость при поворотах, аспонтанность, благодушие, до акинетического мутизма, апраксия ходьбы. Мышечный тонус в ногах был повы-

шен по пластическому типу, отмечалась паратоническая ригидность. Больной перестал осознавать позывы к мочеиспусканию и индифферентно относился к факту непроизвольного мочеиспускания, что характерно для лобного типа тазовых расстройств. При неврологическом осмотре помимо триады Хакима-Адамса у больного отмечался постуральный тремор, своеобразный акинетико-ригидный синдром, характеризующийся феноменом “замерзания” (англ. – “freezing phenomenon”), псевдобульбарный синдром, хватательный рефлекс.

Поскольку на сегодняшний день не существует специфической нейропсихологической методики, способной однозначно дифференцировать когнитивные нарушения при болезни Альцгеймера и НТГ, проведено МРТ головного мозга. Были выявлены резко расширенные желудочки головного мозга, в то время как корковые борозды оставались в пределах нормы, особенно значительно были расширены III желудочек, височные и фронтальные рога боковых желудочков, что привело к появлению характерной формы желудочковой системы в виде “бабочки” на аксиальных срезах. Диагностирована НТГ, что было подтверждено эффектом “tap-test”. У пациента после выведения 40–50 мл ЦСЖ отмечалось восстановление правильной ориентации в месте и времени, нарастание речевой экспрессии и уровня внимания; становилась возможной самостоятельная ходьба и восстанавливался контроль над тазовыми органами. Эффект “tap-test” сохранялся в течение 10 дней.

Евсегнеев Р. А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск

Биполярное аффективное расстройство, его распознавание и лечение – сегодняшняя ситуация в Республике Беларусь

Биполярное аффективное расстройство (БАР) – форма психической патологии, привлекающая все большее внимание психиатров во многих странах мира. В последние 10-15 лет произошли значительные изменения в этой области – прежде всего во взглядах на распространенность БАР в населении, его классификации, распознавании, возможностях лечения в приступах и ремиссиях, в практику вошли ряд новых стабилизаторов настроения, атипичных антипсихотиков для лечения маниакальных состояний, скрининговых инструментов для раннего выявления БАР и т.д.

Целью настоящей работы стало изучение того, насколько эти изменения вошли в работу отечественной психиатрической службы. При этом были использованы

данные из ряда психиатрических учреждений, полученные в ходе мультицентрового исследования по валидации трех современных скрининговых инструментов, проведенных сотрудниками кафедры психиатрии БелМАПО вместе с практическими врачами-психиатрами в психиатрических стационарах и диспансерах Минска, Бреста, Витебска, Гомеля и Гродно в 2008-2009 г.г., а также истории болезни пациентов, пролеченных в 20005-2009 г.г. в Республиканской клинической психиатрической больнице (РКПБ) г.Минска, всего – более 300 пациентов.

Наиболее существенными отличиями от принятых сегодня в мире стандартов диагностики и лечения БАР в результате оказались следующие.

1. Плохое, неполное распознавание этой патологии среди пациентов стационаров с традиционным для отечественной практики перекосом в сторону расширенной диагностики шизофрении и суженной – БАР; так в стационаре РКПБ пропорция пролеченных в течение года больных шизофренией и БАР составляла 30:1 – 35:1, хотя должна была бы составлять по современным представлениям 2:1 или даже 1:1.
2. Отсутствие подразделения этого расстройства на случаи БАР 1 и 2 типа, и как следствие этого – неправильное лечение, когда случаи БАР 2 типа расценивались как рекуррентная депрессия и лечились только антидепрессантами, в том числе и в ремиссиях.
3. Нераспознавание и неиспользование диагноза БАР с быстрой цикличностью, что также отрицательно влияло на лечение в приступах и интермиссиях.
4. Плохое распознавание коморбидных с БАР психических расстройств – а именно расстройств личности, злоупотребления и зависимости от психоактивных веществ, патологической тревоги и т.д. Второй диагноз у больных БАР выставлялся лишь как редкое исключение – примерно лишь в 6-8% случаев, хотя в действительности частота коморбидных расстройств во много раз выше.
5. Узкий выбор нормотимиков, включая многолетнее отсутствие в стране препаратов лития, относительно редкое использование вальпроатов и ламотриджина, а также современных атипичных антипсихотиков при лечении мании.
6. Неиспользование современных скрининговых инструментов для раннего выявления гипомании и БАР в повседневной практике.
7. Низкая информированность в области БАР и расстройств настроения в целом врачей общеймедицинской сети и первичного здравоохранения.

Отмеченные недостатки требуют улучшения последипломного образования психиатров и интернистов в этой области, а также внедрения в практику современных средств диагностики и лечения.

Залуцкая Н. М.

Научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М.Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Взаимодействие в семьях больных эндогенными психозами

В исследование, целью которого было изучение выявления стилей коммуникации в семьях больных шизофренией и аффективными психозами, обнаружение взаимосвязи между стилями коммуникации, центральными личностными функциями, механизмами нарциссической регуляции, психологической защиты и копинга родителей и детей было включено 83 семьи, всего 223 человека. Для решения задач исследования применялось полуструктурированное клиническое интервью, копинг-тест Lazarus и SVF, защитные механизмы оценивались посредством тестов SBAK и FKBS, центральные личностные функции исследовались посредством ISTA, механизмы регуляции функционирования Self – системы посредством оценки нарциссизма.

Анализ полученных позволяет констатировать, что взаимодействие в семьях больных эндогенными психозами происходит с формированием стабильных, стереотипных и повторяющихся в рамках той или иной семейной системы коммуникативных стилей, которые предопределяют характер семейного взаимодействия, обуславливая эмоциональную атмосферу, стиль жизни семьи и возникновение проблем во взаимоотношениях. В нашей выборке были обнаружены 33 возможных варианта отношения родителей к больному и 33 возможных коммуникативных паттерна пациентов по отношению к родителям.

Полученные с помощью критерия χ^2 данные подтверждают наличие достоверных ранговых корреляций ($p < 0.05$) между стилями взаимодействия родителей и пациентов. Стили доминирования над ребенком у матерей преимущественно сопряжены с паттернами коммуникации пациентов, относящимися к трем кластерам: «Гиперконтроль родителей над детьми», «Манипулирование родителями» и «Извлечение эмоциональной поддержки от родителей». Между стилями коммуникации пациентов и отцов обнаружено меньше достоверных взаимосвязей, чем между паттернами больных эндогенными психозами и матерей.

Полученные результаты тестового обследования были подвергнуты корреляционному анализу с целью установления взаимосвязи показателей больных и их родителей.

Наибольшее количество достоверных корреляций с показателями обследования родителей обнаружили варианты нарциссической регуляции пациентов, относящиеся к разделу «Находящееся под угрозой Self». Наиболее «нагруженными» по количеству корреляций с высокими коэффициентами оказались регуляторные модусы «Дереализация/деперсонализация», «Незначительное Self» и «Негативное телесное Self» родителей, в особенности отцов.

Возрастание тенденций приписывать отрицательные черты окружающим (механизм психологической защиты «Проекция») у матерей больных эндогенными психозами и увеличение направленности аутоагрессии их отцов («Обращение против собственной персоны, мазохизм») связаны с усилением попыток психологической защиты пациентов с помощью отрицания, сдвига агрессии и формирования реакции, основывающихся на игнорировании аффективных мотивов и отрицании социально нежелательных установок и табуизированных тем. Дефицитарный копинг родителей формирует широкий спектр вариантов пассивного проблемно-решающего поведения больных. Особенно массивным это влияние оказывается при таких типах родительского поведения, как сострадание к себе и прибегание к лекарствам. Эти два приема способствуют формированию у детей аутоагрессивных тенденций – деструктивного варианта копинга. В зоне деструктивного копинга родителей доминирующим является поведение отца. Его тенденции к самообвинению могут стимулировать больного к попыткам отвлечения от ситуации, но также вызвать у него аналогичную реакцию или чувство отчаяния. Агрессивное поведение отца формирует у больного тенденции к самообвинению.

Игумнов С. А., Докукина Т. В., Склема В. Н., Новиков Е. И.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Основные вехи истории Республиканского научно-практического центра психического здоровья

История ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» начинается в конце 1918 – начале 1919 г.г., когда постановлением губернской управы заведующим хозяйством хутора Новинки был назначен техник по культуре полей Константин Иванович Мохнач. В заброшенных постройках хутора начала существование психиатрическая колония. В середине 1920 г., после освобождения Минска от польской оккупации, создана «1-я Советская трудовая колония душевнобольных Новинки». Первым руководителем колонии до 1930 года был Семен Иванович Волочкович, приложивший немало сил для ее развития.

В начале 1929 г. заведующий психиатрическим отделением Минской губернской советской больницы М. Гольдблат представил комиссару здравоохранения, в котором обосновал необходимость значительного развития психиатрической лечебницы на базе колонии в Новинках. Перед началом войны колония насчитывала 300 штатных коек. Земельные угодья составляли около 300 гектаров, на сельскохозяйственных работах активно использовалась остаточная трудоспособность больных. Лечение ограничивалось поддерживающей и общеукрепляющей терапией.

После С. И. Волочковича колонию возглавлял Николай Михайлович Жерко (1933–1941 г.г.). Он был участником событий, описанных А.С. Серафимовичем в «Железном потоке». Н.М. Жерко пользовался любовью больных и авторитетом у сотрудников благодаря своим человеческим качествам, умелому хозяйствованию.

В конце июня 1941 г. местность, где находилась колония «Новинки», была оккупирована немцами. В сентябре после окончания уборочных работ больных отвезли в баню колонии, где была поставлена автомашина – «душегубка». Больных запирали в бане, пускали газ, и все больные были удушены. Всего в рамках так называемой «программы эвтаназии» фашисты уничтожили около 200 психически больных.

Психиатрическая больница в поселке Новинки возникла вскоре после освобождения Беларуси от фашистской оккупации, в конце 1944 г. С 1 января 1949 года больница получила статус республиканской, а с 1972 года стала клинической. В становлении научной и клинической работы принимали участие многие видные деятели отечественной науки, профессора: А.К. Ленц, М.А. Чалисов, Т.Т. Сорокина, А.Ф. Скугаревский, Е.И. Скугаревская, П.П. Волков, Ф.М. Гайдук, В.Т. Кондрашенко и организаторы здравоохранения, главные врачи: О.И. Ольшевская (гл. врач в 1944–1947), М.И. Панкевич (1947–1950), А.К. Плавинский (1950–1966), А.И. Бортницкий (1966–1976), В.Н. Загурский (1976–1986), А.Т. Зорко (1986–2003), В.Н. Склема (2004–2009).

Министерством здравоохранения Республики Беларусь, во исполнение поручения Совета Министров Республики Беларусь от 11 декабря 2008 г. №38/204-797, приказом от 4 февраля 2009 г. № 76 на базе Республиканской клинической психиатрической больницы создано государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (ГУ «РНПЦ психического здоровья»). Его директором назначен д.м.н., профессор, врач-психиатр высшей квалификационной категории С.А. Игумнов.

Цель создания ГУ «РНПЦ психического здоровья» - координация в национальном масштабе фундаментальных и прикладных научных исследований в области психиатрии и наркологии.

Основными направлениями научно-исследовательской деятельности сотрудников РНПЦ психического здоровья являются:

1. разработка национальной программы превенции суицидального и парасуицидального поведения в различных возрастных и гендерных группах населения;
2. создание национальной системы мониторинга наркологической ситуации в Республике Беларусь, разработка коррекционно-профилактических программ по предотвращению стойких поведенческих девиаций, алкогольной и наркотической зависимости, «нехимических аддикций» (гемблинг, «технологические зависимости» и т.п.) у подростков;

3. изучение актуальных вопросов психиатрии детского и подросткового возраста (проведение эпидемиологических исследований распространенности дифференцированных форм умственной отсталости, расстройств аутистического спектра, нарушений активного внимания с гиперактивностью, девиантных форм поведения у подростков в масштабах Республики Беларусь;
4. изучение актуальных вопросов психиатрии позднего возраста;
5. разработка современных методов диагностики и лечения психических расстройств, возникающих в условиях экстремальных ситуаций;
6. разработка национальных стандартов диагностики и лечения депрессий и других аффективных расстройств, внедрение методов ранней диагностики «скрытой депрессии» в общесоматическую практику;
7. выявление психологических и социально-демографических факторов, влияющих на показатели качества жизни пациентов, страдающих психическими расстройствами
8. Актуальные вопросы клинической нейрофизиологии и эпилептологии.
9. Клиническая апробация современных психофармакологических лекарственных средств, включая сравнительный фармакоэкономический анализ.

В клинике РНПЦ психического здоровья насчитывается 35 лечебных отделений и более 15 вспомогательных клиничко-диагностических, терапевтических и реабилитационных отделений, которые в своей работе используют самое современное оборудование и применяют комплексные методы лечения. Расширяется сфера платных и медико-социальных услуг.

На базе РНПЦ психического здоровья функционируют кафедры психиатрии — Белорусского государственного медицинского университета (зав. кафедрой д.м.н. О. А. Скугаревский) и Белорусской медицинской академии последипломного образования (зав. кафедрой д.м.н., профессор Р.А. Евсегнеев). Ведущие ученые страны в области психиатрии, научные сотрудники РНПЦ и кафедр активно участвуют в лечебно-диагностическом процессе.

Игумнов С. А., Мисюк Н. Н., Махров М. В.,
Козмидиади А. О., Матвейчук И. В., Докукина В. В.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Показатели средней когерентности в височных отделах в диагностике ремиссии эпилепсии

По визуальным особенностям определить наступление ремиссии при эпилепсии затруднительно ввиду неспецифичности ЭЭГ. Разработка и внедрение в практику аппаратно-программных комплексов для топографического картирования ЭЭГ позволяет определить не только локализацию и степень нарушения генера-

ции электрических сигналов, но и выявить степень взаимодействия различных отделов мозга. Это выражается в синхронности возникновения волн ЭЭГ и отражается в характере взаимодействия областей головного мозга.

Поэтому целью исследования стал поиск дифференциально-диагностических признаков, отличающих функциональное состояние головного мозга в активной фазе эпилепсии и в ремиссии по данным когерентного анализа.

Средняя когерентность исследована у 145 страдающих симптоматической эпилепсией. Из них 100 пациентов находились в активной фазе болезни и 45 - в состоянии стойкой ремиссии (в течение двух и более лет приступов не отмечалось). Регистрация ЭЭГ в обеих группах проводилась на фоне противосудорожного лечения. Контрольная группа состояла из 100 здоровых. Возраст обследованных – 18-55 лет.

Запись ЭЭГ проводилась на приборе «Мицар», программа «ЭЭГ 2000», в 16-канальном монополярном отведении с отдельными ушными электродами. Длительность эпохи анализа – 60 секунд. Определялась средняя когерентность. Исследовались отношения: тета/бета1, тета/бета2, альфа/бета1, альфа/бета2, альфа/тета. Всего для каждого испытуемого проводилось 160 аналогичных сравнений по различным диапазонам активности и когерентности.

Уровень когерентности не имел прямой зависимости от визуальных особенностей ЭЭГ, от мощности того или иного вида активности, от наличия или отсутствия вспышек. Хорошо выраженная на ЭЭГ активность могла характеризоваться низким уровнем когерентности, а слабо выраженная активность, плохо поддающаяся визуальному восприятию, могла характеризоваться превышающим допустимые значения уровнем когерентности.

Для разделения ремиссии и активной фазы процесса подбирались такие значения когерентности, которые никогда не встречались при ремиссии. Они были приняты как пороговые значения. Сравнительный анализ показателей расчета когерентности и результаты статистической обработки показали: средняя когерентность альфа-ритма в левой задневисочной области при ремиссии достоверно выше ($p < 0,05$), чем в активной фазе эпилепсии. У здоровых людей уровень когерентности был также достоверно ниже ($p < 0,05$), чем при эпилепсии. Важным диагностическим признаком явилось усиление когерентности тета-активности в левой височной области при эпилепсии и еще более выраженное ее усиление при ремиссии ($p < 0,05$).

По данным Курбановой А.Л. (2008), которая исследовала функцию когерентности у детей, страдающих эпилепсией, усиление функциональных связей при наступлении ремиссии может быть связано с активизацией противоэпилептической защиты мозга.

Таким образом, полученные данные позволяют полагать, что ремиссия эпилепсии и состояние здоровья – совершенно разные функциональные состояния головного мозга. Наступление ремиссии характеризуется формированием новых компенсаторных функциональных связей в головном мозге взамен утраченных.

Иовчук Н. М

Ассоциация детских психиатров и психологов,
Московский городской психолого-педагогический университет, Москва

Основные тенденции течения шизофрении с ведущими аффективными расстройствами

Проспективно прослеженную когорту составили 149 больных шизофренией с преобладающей аффективной симптоматикой, манифестировавшей в детском возрасте. Длительность динамического наблюдения была равна не менее чем 10 годам, а у 67 больных превышала 16 лет. Возраст больных к моменту катамнеза составил от 24 лет до 55 лет.

Аффективные расстройства являлись ведущими при четырех вариантах течения шизофрении:

- при затяжном детском или детско-пубертатном шизофреническом шубе с доминирующими циклотимоподобными расстройствами (92 наблюдения);
- течении в виде аффективных фаз с возникновением на их фоне психотических форм шизоаффективного приступа (43 наблюдения);
- безремиссионном вялом течении с превалирующими хроническими гипоманиакальными расстройствами (28 наблюдений);
- раннем шизофреническом шубе, заканчивающемся формированием тимопатической ремиссии (42 наблюдения).

При первом из этих вариантов циклотимоподобный уровень аффективных расстройств сохранялся на всем протяжении активного периода болезни, характеризовавшегося затяжной многолетней депрессией, серией моно- или биполярных аффективных фаз с отчетливыми светлыми промежутками или континуальной сменой биполярных фаз, и по существу представлял собой стертый мономорфный или дискретный шизофренический шуб.

При втором варианте течения шизофрении серийные или континуальные атипичные аффективные фазы психотического или, реже, циклотимного уровня возникали в преддверии шизоаффективного психотического приступа и продолжались после его завершения.

Общие особенности третьего варианта течения заключались в раннем (от 0 до 3 лет) возникновении хронической гипоманиакальной симптоматики, на фоне которой разворачивались другие, в основном неврозоподобные расстройства, и отсутствия их редукции на протяжении 10-15 лет болезни.

Тимопатические ремиссии в виде стабильного хронического гипоманиакального состояния или, реже, «нажитой» циркулярности формировались после манифестного раннего полиморфного психоза, перенесенного в возрасте 1,5-3 лет, или сверхраннего шуба, возникшего на первом году жизни.

При указанных вариантах течения шизофрении общей особенностью рано начавшихся (в младенческом, младшем дошкольном, старшем дошкольном возрасте) эндогенных аффективных расстройств являлась их тенденция к длительному монополярному течению - депрессивному или гипоманиакальному. В преобладающем большинстве случаев смена монополярного течения биполярным происходила в возрасте около 10 лет (с 8 до 12 лет), когда к депрессивным присоединялись маниакальные фазы или на фоне хронической гипомании появлялись очерченные депрессивные состояния.

Общая особенность всех выделенных вариантов течения шизофрении и циклотимии заключалась в существовании очерченного многолетнего периода активных проявлений болезни, по завершении которого отмечалась постепенная редукция продуктивной симптоматики с формированием длительной, иногда, по-видимому, пожизненной ремиссии, характеризовавшейся различной глубиной постпроцессуальных изменений личности или их отсутствием (при циклотимии). При дебюте эндогенных аффективных расстройств до 10-летнего возраста окончание активного периода болезни наступает в пубертатном периоде, а при их возникновении в препубертате - в юношеском возрасте.

Кабанов В. А., Рынков П. В.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Показатели суицидального поведения населения Беларуси за период 2004-2008 г.г.

Уровень суицидов в республике за период с 2004 г. по 2008 г. (5 лет) снизился в общей популяции - с 33,3 до 27,5 случая на 100.000 населения.

Среднегодовые уровни суицидов в республике за указанный период составили: в общей популяции - 29,6 на 100.000 населения, в популяции моложе трудоспособного возраста - 1,12, в популяции трудоспособного возраста - 36,68, в популяции старше трудоспособного возраста - 31,26.

Максимальные уровни суицидов в республике зарегистрированы в 2004 году: в общей популяции - 33,3 случая на 100.000 населения; в трудоспособной популяции - 42,1; в популяции старше трудоспособного возраста - 34,4; в детской популяции в 2007 г. - 1,4. Снижение уровня суицидов за период с 2004 г. по 2008 г. во всех группах населения отмечается в Брестской, Витебской, Гомельской, Минской и Могилевской областях.

Число суицидов в популяции моложе трудоспособного возраста колеблется в г. Минске от 0 до 2 случаев с минимальным в республике среднегодовым уровнем суицидов в данной популяции - 0,32 на 100.000 соответствующего населения и в Гродненской области от 0 до 3 случаев со следующим по величине

после г. Минска среднегодовым уровнем суицидов – 0,82 и не свидетельствует о наличии тенденции роста. Рост уровня суицидов в популяции старше трудоспособного возраста г. Минска зарегистрирован в 2008 г. 15,4 – 22,0 случая на 100.000 населения.

Число суицидов, совершенных в указанный период в регионах, от общего числа совершенных в республике суицидов (14420) составляет:

- Минская область: 2745 суицидов – 19,0%;
- Витебская область: 2598 суицидов – 18,0%;
- Гомельская область: 2222 суицида – 15,0%;
- Могилевская область: 2020 суицидов – 14,0%;
- Брестская область: 1851 суицид – 13,0%;
- Гродненская область: 1849 суицидов – 13,0%;
- г. Минск: 1135 суицидов – 8,0%.

Наиболее благополучными в отношении суицидального поведения населения являются г. Минск, Гродненская и Брестская области; наиболее неблагополучными регионами в отношении суицидального поведения населения являются:

- в общей популяции – Витебская (3) и Минская (3) области;
- в популяции моложе трудоспособного возраста – Витебская (3) и Гомельская (3) области;
- в популяции трудоспособного возраста – Витебская (4) и Минская (2) области;
- в популяции старше трудоспособного возраста – Витебская (2), Минская (5) и Могилевская (5) области;
- в рассматриваемом периоде сложились тенденции снижения уровня суицидов во всех возрастных группах в Брестской, Витебской, Гомельской, Минской и Могилевской областях.

При наличии тенденции снижения уровня суицидов в общей популяции страны и регионов, уровень суицидов в различных возрастных группах и отдельных регионах является высоким и требует проведения комплекса активных профилактических мероприятий, прежде всего, за счет дальнейшей интеграции психиатрической и наркологической помощи в первичную медико-санитарную помощь с целью раннего выявления и лечения депрессий врачами-наркологами и врачами первичной медико-санитарной помощи в популяциях трудоспособного и старше трудоспособного возраста, а также за счет межсекторального сотрудничества в области профилактики суицидов.

Казачок А. В.

УЗ «Буда-Кошелевская ЦРБ», Буда-Кошелево

Делирий в общесоматической практике

Распространенность делирия среди пациентов больниц общего профиля составляет 10–30%.

Делирий можно рассматривать как преходящее психическое расстройство, отражающее острую недостаточность мозга, вследствие диффузного нарушения метаболизма. Делирий как бы является своеобразной физиологической декомпенсацией функций мозга, аналогично синдрому сердечной, почечной или печеночной недостаточности. Вместе с тем делирий является самостоятельным расстройством, с характеристиками самостоятельного заболевания. Пациенты с делирием требуют более долгой госпитализации, чем пациенты без делирия; у них часты осложнения (такие как инфекции и пролежни). Вдобавок пациенты с делирием чаще в дальнейшем нуждаются в больничном уходе. Негативное влияние делирия может проявляться и в повышении летального риска.

Симптомы делирия имеют широкий диапазон. В зависимости от того, какие из симптомов выступают на первый план, делирий может быть ошибочно принят за множество других расстройств, включая деменцию, аффективные расстройства и функциональные психозы.

Собственный трехлетний опыт психиатрических консультаций в соматических отделениях центральной районной больницы подтверждает всеобщие тенденции в отношении делирия.

Часть случаев делирия в клинической практике не распознается. В зарубежных источниках сообщается, что таких нераспознанных случаев бывает 33–66%. Образ возбужденного, с психотической симптоматикой пациента с алкогольным делирием является вредным стереотипом, справедливым лишь для меньшинства случаев. Существование этого стереотипа ведет к гиподиагностике случаев делирия с сомнолентностью или сниженной активностью. Делирий недостаточно изучен вследствие методологических трудностей. Термин «делирий» в русскоязычной и англоязычной психиатрии означает отнюдь не одно и то же. Если в первом случае этот термин определяется намного более строго и узко, то во втором более широко. Ошибки в диагностике делирия отражают не только терминологические предпочтения, но представляют собой и реальную неспособность распознать и правильно лечить данное расстройство, а это ведет к ухудшению результата. Распознавание может быть улучшено за счет внедрения образовательных программ и более широко внедрения стандартных методов тестирования когнитивных функций, а также использования скрининговых методик.

Оптимальное ведение делирия, прежде всего, зависит от снижения факторов риска, на которые можно повлиять, и от раннего выявления случаев с повышенным риском. Лечение требует многогранных междисциплинарных усилий и адре-

суется как к причинам, лежащим в основе делирия, так и к симптомам делирия. В медицинских учреждениях Республики Беларусь необходим сдвиг в сторону понимания того, что делирий является отдельным клиническим явлением, по праву нуждающимся в исследовании. Необходимо большее понимание разнообразия симптомов этого синдрома, адаптация и внедрение зарубежных скрининговых методов, легко применимых в повседневной клинической практике.

Карпюк В. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Перспективы подготовки кадров для психиатрической службы: отечественный и международный опыт

Сущностью современного образовательного процесса является интегративный подход, предполагающий непрерывность теории и практики, направленный на освоение высокопрофессиональных знаний, соответствующих современным взглядам на происхождение психических расстройств.

Ассоциация Европейских психиатров рассматривает эту проблему как приоритетную. Общая стратегия деятельности Ассоциации состоит в активном сближении образовательных стандартов и учебных программ по психиатрии в странах Европейского сообщества. Следует отметить, что система подготовки психиатров в нашей стране во многом соответствует таковой в странах Европы и США: система зачетных единиц (кредитов) в стандарте по специальности 1 - 79 01 05 Медико-психологические дело 2008 года, единственный в стране факультет по подготовке психиатров, значительная продолжительность первичной профессиональной подготовки по психиатрии (6 лет преддипломного и 1 год последипломного образования), высокая степень ее структурированности, многочасовые курсы по смежным наукам и разделам медицины, большое количество зачетов и экзаменов по циклу общепрофессиональных и специальных дисциплин. Еще одним принципиальным сходством является обучение психотерапии, а также последующая непрерывная последипломная подготовка специалистов. В то же время имеется и ряд существенных отличий. Обучение специалистов за рубежом на всех этапах осуществляется на факультетах психиатрии университетов, на базе университетских клиник. Преддипломный этап подготовки психиатров, психотерапевтов, наркологов в Беларуси требует усовершенствования системы формирования компетенций: включение в экзаменационные вопросы по специальным дисциплинам большего количества конкретных клинических фактов, которыми должен оперировать экзаменуемый, решение клинических задач, развитие форм приобре-

тения практических навыков (за счет дежурств в психиатрических стационарах, работы в амбулаторных учреждениях).

Необходимо введение рейтингового принципа оценки квалификации. Такая система последиplomной профессиональной подготовки психиатров, работающая в странах Европы и США нацелена на то, чтобы побуждать врачей самостоятельно расширять свои профессиональные познания, активно следить за литературой, принимать участие в научной работе, овладевать новыми диагностическими и лечебными методиками. Данный подход основан на том, что каждый специалист должен за аттестационный период набрать определенную сумму баллов («кредитов»). Сама же эта сумма баллов, в свою очередь, определяется активностью участия специалиста в различных образовательных программах.

Одной из важнейших перспективных задач развития образования в области психиатрии является преемственность, унификация и стандартизация пред- и последиplomного этапа профессиональной подготовки психиатров, психотерапевтов, наркологов, а также приведение их в соответствие с мировыми тенденциями как действенное средство повышения квалификации специалистов. Однако необходимым условием движения в данном направлении является активное участие профессиональных ассоциаций в образовательной сфере, создание на этой основе важного инструмента общественного контроля качества подготовки врачей.

Кашинский М. Ю.

УО «Академия министерства внутренних дел Республики Беларусь», Минск

Первенция аутодеструктивного поведения лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы

Нами были изучены, проанализированы и обобщены материалы о 471 факте аутодеструктивного поведения лиц, содержащихся в учреждениях УИС за период с 2001–2006 г.г. (спецдонесения об аутодеструктивных актах, постановления с отказом в возбуждении уголовных дел, результаты служебных проверок, донесения о смерти, личные дела самоубийц, истории болезни и личные дела 233 осужденных, оперированных в Республиканской больнице ДИН МВД по поводу аутодеструктивных актов за период с 2001 по 2006 г.г.), также нами было проведено анонимное анкетирование и интервьюирование 423 лиц, содержащихся в учреждениях УИС и анонимное анкетирование и интервьюирование 241 сотрудника, занимающих различные должности, в органах и учреждениях УИС.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы и предложения:

1. В учреждениях УИС наиболее распространены несуицидальные формы аутодеструктивного поведения (членовредительства, демонстративные попытки суицида, голодовки), не приводящие непосредственно к смертельному исходу, цель которых не лишение себя жизни, а получение какого-либо иного результата.
2. Основной причиной аутодеструктивного поведения лиц, содержащихся в учреждениях УИС, являются так называемые пенитенциарные причины (протест против действий администрации учреждения УИС, несогласие с назначенным судом наказанием, попытка изменить свои условия содержания в учреждении, способ самоутверждения, снятие стресса, психического напряжения и др.) имеющие место исключительно в местах лишения свободы.
3. Факты соматической и психической патологии не являются причиной суицидальных форм аутодеструктивного поведения, а выступают лишь в качестве фактора риска. В условиях учреждений УИС состояние здоровья оказывает более выраженное влияние на показатели несуицидальных форм аутодеструктивного поведения, чем в условиях свободного общества.
4. С целью более эффективного предупреждения аутодеструктивного поведения лиц, содержащихся в местах лишения свободы, обосновывается и предлагается внедрить для использования в практической деятельности УИС:
 - разработанную систему ведомственных административно-служебных мер, состоящую из специализированных комплексов конкретных профилактических мероприятий (режимно-оперативного, воспитательного, психологического, медицинского и организационного характера) и неспециализированных комплексов профилактических мероприятий;
 - разработанный «криминологический портрет осужденного, склонного к самоубийству» (мужчина 30–39 лет, не верующий, не состоящий в браке, имеющий среднее (средне-специальное) образование, вменяемый, не страдающий психическими и физическими расстройствами, осужденный за насильственные или корыстно-насильственные преступления, отбывший не более трех лет лишения свободы в ИК в условиях строгого или усиленного режима, не состоящий в самодетельных организациях осужденных, имеющий не снятые ранее наложенные взыскания);
 - необходимость выделения группы лиц повышенного аутодеструктивного риска в учреждениях УИС.

Климович А. С.

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Трудовая терапия в системе реабилитации психически больных

Трудовая терапия в системе реабилитации психически больных в Восточной Европе имеет давнюю историю. В отличие от репрессивных подходов, доминировавших в начале нового времени на Западе, в России отношение к душевно больным было гуманным. Русский психиатр Ф.Герцог, будучи главным врачом Павловской психиатрической больницы в 1840-1845г.г., считал, что «занятие больных работами» следует причислять к психическим врачебным средствам, которые придают больным вид «благоразумного человека» и возвращают им утраченные права «на звание мыслящего существа».

Д. Е. Мелехов (1939) отмечал, что «трудовая деятельность при психических заболеваниях нарушается глубоко и всесторонне, но в то же время существует и обратная зависимость, что труд является одной из предпосылок психического здоровья и его лечебное значение при психических заболеваниях общепризнано».

Включение больных в трудовую терапию должно подразделяться на три этапа: первый этап – трудовая терапия в лечебно-трудовых мастерских (при стационарах, психоневрологических диспансерах, в дневных стационарах), второй этап – работа в специально созданных предприятиях и цехах; наконец, третьим, завершающим этапом является трудоустройство в обычных производственных условиях.

В современных условиях для психиатров, занимающихся вопросами реабилитации психически больных, заслуживает особого внимания немецкая система реабилитации, которая основана на методах работы мастерских для людей с ограниченными возможностями.

В настоящее время в Германии существует около 670 мастерских с количеством рабочих мест – 220 000.

Все мероприятия, проводимые в мастерских, разделены на 3 этапа:

I этап поступления – знакомство и определение видов труда. Этап поступления длится, как правило, 3 месяца и финансируется соответствующим учреждением, отвечающим за реабилитацию – федеральное бюро по труду, организация государственного инвестиционного страхования либо профсоюз.

II этап – профессиональное обучение. На этом этапе пациенты направляются в отделение профессионального обучения. В зависимости от клинического состояния и возможности приобретения профессии этот этап длится около 2 лет.

III этап – трудовое отделение – является местом для работы пациентов, прошедших профессиональное обучение (этап II). В трудовом отделении пациенты могут работать беспрочно.

Мастерские должны располагать максимальным разнообразием рабочих мест с учетом клинического состояния пациентов, их профессиональных возможностей и квалификации.

Проведенный анализ работы психиатрической службы, системы реабилитации и профилактики инвалидности убеждает нас в том, что необходимо реорганизовать систему трудовой занятости больных с целью реабилитации, т. к. трудовая терапия является самым важным в структуре реабилитации. Трудовая терапия должна начинаться в условиях стационара, продолжаться в диспансерных условиях с последующим трудоустройством в специально созданные цеха и условия обычного производства. Реорганизация системы трудовой терапии приведет к существенному сокращению бюджетных расходов на жизнеобеспечение лиц, страдающих хроническими психическими расстройствами.

Королева Е. Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Генез когнитивных расстройств в позднем возрасте (КН)

Когнитивные расстройства, развивающиеся при заболеваниях позднего возраста, признаются в настоящее время одной из наиболее актуальных и значимых с медико-социальной точки зрения проблем.

Установлено, что в возрастной группе старше 60 лет субъективные расстройства памяти и умственная утомляемость имеют место у 83% пациентов (и более чем у 90% лиц старше 80 лет), а объективно подтверждаемые с помощью тестов когнитивные нарушения разной степени выраженности – у 68% пациентов. В 1997 г. американский невролог R. Petersen предложил использовать термин «умеренные когнитивные нарушения» (англ. mild cognitive impairment, МСI) для обозначения когнитивных нарушений на преддементных стадиях органического поражения головного мозга. Умеренные когнитивные нарушения (УКН) представляют собой недостаточность одной или нескольких когнитивных функций, выходящих за пределы возрастной нормы, но не ограничивающих повседневную активность, т. е. не вызывающих деменции. УКН является клинически очерченным синдромом.

В большинстве случаев когнитивные нарушения в пожилом возрасте, вероятно, носят смешанный характер. Синдром УКН характеризуется клинической полиморфностью, которая отражает патогенетическую разнородность данного состояния. Чаще всего на первый план выходит прогрессирующее ухудшение памяти (по R. Petersen – «амнестический тип УКР»). Данный тип нарушений обычно является предвестником развернутой картины болезни Альцгеймера. При этом о возможной начинающейся болезни Альцгеймера будет свидетельствовать преобладание в клинической картине нарушений памяти, быстро прогрессирующий характер расстройств, отсутствие очаговой неврологической симптоматики, атрофия гиппокампа при МРТ головного мозга. По мнению С.И.Гавриловой, И.Ф.Рощиной и соавт, дифференцированию разных вариантов УКН и установлению возможных

предикторов прогрессирования когнитивных расстройств может способствовать не только детальный нейропсихологический анализ (выявляющий преимущественно регуляторный или сочетанный типы нарушения высших функций при прогрессирующем УКН и нейродинамический тип при стабильном течении синдрома), но и ранее квалифицированное психопатологическое исследование (идентификация ранних психопатологических симптомов, характерных для болезни Альцгеймера).

Коцюбинская Ю. В.

НИПНИ им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Разработка методов диагностики и лечения психопатологических нарушений непсихотического характера и когнитивных нарушений у больных с поражением головного мозга сосудистого характера

Сосудистые заболевания головного мозга признаны одной из важнейших проблем, касающихся общественного здоровья. Наряду с такими серьезными осложнениями сосудистой патологии, как параличи, парезы и различного вида афазии, психопатологические нарушения непсихотического характера, а также нарушения когнитивной сферы, приводящие к когнитивному дефициту, являются заболеваниями, инвалидизирующими пациентов и существенно осложняющими их социальную адаптацию.

■ ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление психопатологических нарушений непсихотического характера и когнитивного снижения у достаточно разнородной по общему клиническому впечатлению группы пациентов, страдающих сосудистым поражением головного мозга различной степени выраженности.

Дело в том, что зачастую жалобы специфического психопатологического характера и легкое когнитивное снижение – суть предвестники тяжелой мозговой катастрофы. Таким образом, минимальные проявления болезни способны помочь нам определить момент, когда пациенту потребуется квалифицированная медицинская помощь, а также разработать план профилактики, адаптации и лечения. Таким образом, основная цель исследования – установление степени когнитивного снижения, а также частоты проявлений различных психопатологических нарушений непсихотического характера у пациентов с сосудистым поражением головного мозга различной степени выраженности на всех этапах лечения (стационар, поликлиника) методом экспресс-диагностики.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследуемую группу (80 человек) вошли: больные с атеросклерозом сосудов головного мозга, гипертонической болезнью; больные с начальными проявлениями неполноценности кровоснабжения мозга; больные с выявленными лакунарными сосудистыми очагами (по данным МРТ); больные, перенесшие ОНМК; больные с диагностированной ХНМК (диагностика по МКБ-10). Помимо проведения общего (стандартного) клинического обследования, все пациенты исследуемой группы осматриваются психиатром, проводится тестирование на выявление психопатологических нарушений, а также на наличие когнитивных нарушений. Используя различные методы диагностики мы планируем сформировать мини-опросники, позволяющие проводить экспресс-диагностику в поликлинической сети и стационарах общего профиля. Возможно, нам удастся доказать, что минимальные проявления болезни, зачастую игнорируемые не только врачом, но и самим пациентом, могут служить патогномичными предикторами болезни. Ведь главное - не нагрузить практикующего врача еще одной шкалой для обязательного заполнения, а вооружить его простым и надежным диагностическим методом. Необходимо убедить врачей общей практики в том, что данная тактика ведения больных из рассматриваемой категории – корректна и эффективна. К сожалению, мы до сих пор продолжаем сталкиваться с тем, что врачи зачастую «лечат болезни» (посредством «механического» применения тех или иных препаратов), а не больных. В частности, в практической медицине на сегодня остро не хватает клинических рекомендаций, четко определяющих алгоритм действий при описанных выше жалобах у рассматриваемой категории больных. В итоге психопатологические проявления зачастую не попадают в поле зрения психиатра.

Кравченко Е. В., Максимова Л. В.

ГУ «Научно-производственный центр

«Институт фармакологии и биохимии НАН Беларуси», Минск

Влияние пролин-содержащих олигопептидов на процессы неассоциативного обучения при тестировании в Tail Suspension Test (TST)

Габитуация (привыкание) – одна из наиболее элементарных форм неассоциативного обучения, состоящая не в приобретении новых поведенческих реакций, а в их подавлении («негативное обучение»). Повышенный интерес к этой форме обучения вызван клиническими наблюдениями нарушений габитуации у человека и многочисленными фармакологическими исследованиями в соответствующей области. Спектр заболеваний, сопровождающихся нарушениями габитуации, вклю-

чает шизофрению, синдром дефицита внимания и гиперактивности, паническое расстройство, депрессивные состояния, тревожные расстройства, возрастные изменения. С учетом вышесказанного, изучено возможное облегчающее влияние пролин-содержащих нейротропных олигопептидов на процессы неассоциативного обучения в тесте «подвешивания за хвост» (TST). Указанный тест может быть использован для оценки габитуации в эксперименте наравне с ранее предложенной моделью Forced Swimming Test (FST, «вынужденное плавание»). TST, в отличие от FST, позволяет избежать «гипотермического» фактора при «вынужденном плавании», характеризуется высокой чувствительностью.

Оценивали ноотропные эффекты разрабатываемого в ИФБ НАН Беларуси дипептидного соединения ИФБ-30. В качестве препарата сравнения использовали пролин-содержащий пептид семакс, обладающий доказанным облегчающим влиянием на процессы памяти. Исследования проведены на 70 половозрелых аутбредных мышах-самцах ICR. Формировали 5 экспериментальных групп: мышам группы 1 инъецировали растворитель (N=35), 2 – семакс (в дозе 0,01 мг/кг, N=9), 3–5 – ИФБ-30 (в дозах 0,1 (N=9), 0,5 (N=8) и 5,0 (N=9) мг/кг, соответственно). Исследуемые образцы вводили трижды внутривентриально, в т.ч. за 30 минут до начала каждого тестирования. Регистрировали продолжительность активных попыток избавления (ЛП_{избавл}) в течение 2-х минут на протяжении 2 последовательных дней. Габитуация проявлялась снижением ЛП_{избавл} (увеличением интервала иммобилизации животного при повторной регистрации).

В контрольной группе при сопоставлении результатов в дни 1 и 2 имела место отчетливая тенденция к снижению ЛП_{избавл}, не достигающая уровня статистической значимости. Это свидетельствует о слабо выраженном процессе неассоциативного обучения у контрольных животных. Применение мышам ИФБ-30 в дозе 0,5 мг/кг (но не 0,1 и 5,0 мг/кг) сопровождалось достоверным ($P > 0,048$, критерий Уилкоксона) снижением ЛП_{избавл} от дня 1 ко дню 2, что указывает на хорошо выраженную габитуацию и согласуется с ранее полученными данными о наличии у названного дипептида выраженных облегчающих эффектов в отношении процессов неассоциативного обучения. Введение семакса не приводило к каким-либо существенным изменениям показателя ЛП_{избавл} от 1-го ко 2-му сеансу регистрации, что указывает на отсутствие активности в данном тесте у препарата сравнения. Кроме того, при повторном тестировании ЛП_{избавл} у животных группы 2 был значительно выше, чем у особей группы 1 ($P < 0,05$, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA), что может указывать на ухудшение неассоциативного обучения на фоне введения семакса в сравнении с контролем.

Приведенные данные свидетельствуют об улучшении ИФБ-30 (но не семаксом) процессов габитуации в TST – на одной из наиболее простых моделей отражения таких феноменов ЦНС как ожидание неизбежного стресса и память, обусловленных научением животного.

Лихачев С. А., Наумовская Н. А.

ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии», Минск

Причины отказа от обращения за психиатрической помощью

За 2008 год в консультативно-поликлиническое отделение «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» обратилось 3665 пациентов. Из них 1307 пациентов по рекомендации невролога были осмотрены врачом–психиатром. У 95% первичных пациентов (930 человек) было установлено наличие психического расстройства. Спектр выявленных расстройств в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 был представлен: органическими психическими расстройствами – 41%; соматоформными расстройствами – 23%; тревожными расстройствами – 16%; расстройствами адаптации – 7%; конверсионными расстройствами – 4%; другими расстройствами – 9%.

При осмотре данных пациентов было выявлено, что только 38% осознавали, что нуждаются в психиатрической помощи в связи с наличием психического расстройства. Остальные 62% думали, что их проблемы со здоровьем связаны с «нервами», остеохондрозом, «плохой работой сосудов» или других органов. Из всех осмотренных пациентов 72% было когда-либо рекомендовано обратиться к психиатру или психотерапевту, но только 27% ранее обращались к данным специалистам. Причинами отказа от обращения за психиатрической помощью назывались:

- несогласие с предполагаемым диагнозом психического расстройства - 29%;
- страх получения клейма «психбольного» - 26%;
- опасение «постановки на учет» и других насильственных действий по отношению к себе - 21%;
- страх назначения психотропных препаратов и формирования зависимости от них - 14%; другие - 10%.

Данный анализ охватывает довольно узкий спектр вопросов, но указывает на наиболее часто из них встречающиеся. В связи с этим по-прежнему актуальными остаются следующие задачи:

- необходимость наличия в общесоматических учреждениях здравоохранения врачей-психиатров или психотерапевтов;
- повышение квалификации врачей общесоматического профиля в вопросах психических расстройств;
- образовательная работа с населением и медицинскими работниками, способствующая уменьшению стигматизации больных с психическими и поведенческими расстройствами;
- увеличение прозрачности в деятельности психиатрических и наркологических учреждений здравоохранения;

- привлечение внимания врачей всех специальностей к огромной значимости разъяснения обратившемуся к вам пациенту причин развития психических и поведенческих расстройств, методов лечения, необходимость и безопасность обращения к специалистам соответствующего профиля.

За последние годы в нашей стране было немало сделано для решения этих проблем, но устоявшиеся за долгие годы предубеждения по отношению к психическим расстройствам, людям ими болеющим, методам их лечения, а также «всеобщая медицинская грамотность» и стремление к «самолечению» среди населения, требуют дальнейших целенаправленных, поддерживаемых государством усилий в данном направлении.

Лозовик Л. А., Дук Т. В.

ГУО «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров государственной службы медицинских судебных экспертиз», Минск

Последипломное образование в системе государственной службы медицинских судебных экспертиз

ГУО «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров Государственной службы медицинских судебных экспертиз» является одним из 7 ведомственных институтов Республики Беларусь, где осуществляется переподготовка специалистов на базе высшего и средне-специального образования. Учебная деятельность в Институте организована на клинических базах Государственной службы медицинских судебных экспертиз (ГСМСЭ), что позволяет гармонично сочетать научные знания и практический опыт в подготовке высококвалифицированных специалистов. К настоящему времени Институт успешно прошел государственную аккредитацию на соответствие типу учреждения образования по пяти специальностям переподготовки: «Судебная психиатрия», «Судебная медико-психологическая экспертиза», «Судебная медицина», «Судебная медицинская физико-химическая экспертиза», «Судебная медицинская биологическая экспертиза». Ввиду малой численности работников в республике, Министерством образования, Министерством труда и социальной защиты и Министерством финансов Республики Беларусь согласовано уменьшение наполняемости учебных групп слушателей, обучающихся за счет бюджетных средств по очной (дневной) форме – не менее 2-6 человек. Продолжительность обучения 36 – 72 час. Для проведения учебного процесса в Институте в соответствии с требованиями Министерства образования разработана основная учебно-методическая документация: учебные, учебно-тематические планы,

учебные программы переподготовки и повышения квалификации. Перечень и тематика курсов определяется потребностью Центрального аппарата и Управлений по областям и г. Минску Службы.

В Институте повышают квалификацию до 600 слушателей в год. На кафедре судебной психиатрии с курсом судебной психологии ежегодно обучаются около 80 медицинских судебных экспертов психиатров и психологов. Деятельность Института и кафедры направлена на повышение качества обучения слушателей и совершенствование педагогического мастерства профессорско-преподавательского состава. На базе кафедры судебной психиатрии с курсом судебной психологии Института повышения квалификации и переподготовки кадров ГСМСЭ готовятся собственные научные кадры. Большую роль кафедра отводит организации контроля над усвоением слушателями учебного материала. В Управлении судебно-психиатрических экспертиз совместно с кафедрой разработана и действует программа тестового контроля знаний с суммированием общего балла каждого слушателя и группы в целом. Согласно учебному плану разделы компьютерной программы выносятся на итоговую аттестацию. По окончании каждого курса повышения квалификации проводится анонимное анкетирование с целью выявления наиболее интересных тем, проблемных вопросов, обратной связи на предмет оценки деятельности каждого преподавателя.

Институт проводит работу по индивидуализации и вариативности процесса обучения, что обусловлено контингентом слушателей и потребностями ГСМСЭ.

Лозовик Л. А., Новиков В. В., Лапицкий Г. А.

Государственная служба медицинских судебных экспертиз, Минск

Сравнительный анализ психических нарушений у лиц, совершивших общественно опасные действия

Переоценка значимости социального фактора в возникновении и проявлении психических заболеваний в последние годы обосновывает актуальность их изучения у контингента подследственных и подсудимых. В условиях социально-экономического кризиса, несовершенства правовой базы неизбежен рост правонарушений, совершаемых лицами с теми или иными отклонениями в психической деятельности. (Агарков А.А., 2000; Кондратьев Ф.В., 2002; Дмитриева Т.Б., Ткаченко А.А. и др., 2008).

Анализ работы судебно-психиатрической экспертной комиссии Государственной службы медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь за 2008 год показал, что те или иные психические расстройства диагностируются у лиц, совершивших общественно опасные действия (ООД), в 70,9% случаев от общего количе-

ства экспертиз подследственных и подсудимых. Из них 4,1% подэкспертных признаны невменяемыми и им рекомендованы принудительные меры медицинского характера. В 1,7% случаев выявлены психические расстройства, подпадающие под норму уменьшенной вменяемости, для которых статьей 106 Уголовного Кодекса РБ предусмотрены принудительные меры безопасности и лечения. У подавляющего большинства подэкспертных (94,2%) выявлены психические отклонения, характеризующиеся юридической нормой вменяемости. Выявленная у вменяемых лиц патология квалифицируется в основном в рамках большого диапазона психических расстройств непсихотического характера (88%) и умственной отсталости (11,6%). Эта категория лиц попадает в поле зрения психиатров, как правило только при проведении судебно-психиатрической экспертизы. В местах лишения свободы для них не предусмотрены лечебно-профилактические мероприятия. После отбывания срока наказания, не смотря на сохраняющуюся и усложняющуюся психическую патологию, такие больные к специалистам не обращаются. Общеизвестны факты, доказывающие, что расстройства личности и поведения, в том числе расстройства поведения несовершеннолетних представляют совокупность психопатологии и грубой социальной дезадаптации, что выражается в алкоголизации, наркотизации, агрессивном, суицидальном, криминальном поведении (Горин В.В., 2002). В большей степени высок риск повторных правонарушений лиц с расстройствами личности органического характера, т.к. вероятность агрессивного поведения этой группы лиц возрастает с нарастанием черт эксплозивности, истеричности, эпилептоидности под влиянием дополнительных экзогений (пьянства, повторной травматизации и т.д.).

В связи с вышеизложенным на сегодняшний день актуальна разработка совместных комплексных психопрофилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении лиц, которые обнаруживают различные психические отклонения и ответственны за свои действия, как с Министерством внутренних дел, так и с Министерством здравоохранения.

Лутова Н. Б., Макаревич О. В.

Научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М.

Бехтерева, Санкт-Петербург

Изучение типа реакции семьи больных шизофренией на назначение лекарственных препаратов

Начиная с работ Э. Эскироля (1838), семья больного стала для ученых, занимающихся изучением шизофрении фокусом исследования. В разных культурах, странах и социальных группах вероятность проживания психически больных людей со

своей семьей значительно разнится. В России процент пациентов с шизофренией, проживающих в семьях, достигает 80-85%.

Анализ обширных литературных данных показывает, что большинство работ, изучающих семьи пациентов, страдающих шизофренией, направлены на рассмотрение таких аспектов, как особенности этих семей, их адаптация, реакции семьи на поведение больного, структуру взаимоотношений в семьях. При этом аспект отношения членов семьи и/или референтных лиц к проводимому медикаментозному лечению остается недостаточно исследованным. Кроме того, отсутствуют инструменты для изучения отношения членов семьи на назначение медикаментозной терапии у психически больных.

В отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств НИПНИ им. В.М. Бехтерева было обследовано 63 семьи (всего 126 человек). Из них: 63 пациента (44 женщины и 19 мужчин, средний возраст - 32 года). Среди обследуемых пациентов все соответствовали диагностическим критериям МКБ-10 рубрики F2 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства». Средняя продолжительность заболевания составила 8 лет, среднее количество обострений – 4 и средняя продолжительность текущей госпитализации 2,5 месяца. Среди родственников обследовано так же 63 человека: 53 женщины и 10 мужчин, средний возраст – 58 лет. Из них 46 человек – родители пациентов и 17 – супруг или супруга.

Для исследования использовался опросник «Типология реакции семейного окружения на лечение», разработанный на базе отделения.

В результате проведенного исследования, было выявлено 4 возможных варианта отношения родственников к медикаментозному лечению (поддерживающий – 9%, отстраненный – 29%, манипулирующий – 33%, враждебный – 29%). Независимый опрос пациентов по сходной методике обнаружил высокую степень опознавания больными отношения родственников к терапии.

Разница между оценками отношения к терапии родственников самими пациентами и данных, полученных в результате опроса самих опекунов не превышает 4%, что подтверждает правильность выбранных нами четырех градаций. Корреляционные взаимосвязи между оценками членов семьи и больными шизофренией членами семьи оказались достаточно высоки. Для враждебного типа она составила .467, $p \leq 0,001$; для манипулирующего .215, при $p \leq 0,015$; для отстраненного .345, $p \leq 0,02$; для поддерживающего типа .536, $p \leq 0,002$.

Диагностирование определенного типа отношения родственников к медикаментозной терапии необходимо для его сфокусированной коррекции, так как высокий уровень распознавания больными отношения родных к лекарственной терапии в случае совпадения с их собственной позицией может обуславливать снижение или повышение уровня комплаентности.

Макарова Ю. А., Брич-Полухович Н. Н.

УЗ «Брестский областной психоневрологический диспансер», Брест

Анализ информации о лицах, совершивших суицидальную попытку (по материалам УЗ «Брестский областной психоневрологический диспансер»)

В настоящем материале представлены результаты 2,5 летней работы по регистрации лиц, совершивших суицидальную попытку и прошедших курс лечения в УЗ «БОПНД». Проведено сравнение полученных данных со среднереспубликанской и европейской статистикой. За период с 01.01.2007г. по 30.06.2009г. в стационар было направлено всего 280 парасуицидентов. Госпитализировано 236 человек, из них переводом из ОИТиР 108 (46%), из наркологического диспансера 49 (21%), из дому доставлены БСМП 46 человек (19%), из других учреждений здравоохранения 33 (14%). Отказано в госпитализации было 44 человекам в связи с резко выраженным алкогольным опьянением.

На основании проведенной работы были выделены следующие социально-демографические характеристики контингента жителей г. Бреста, совершивших парасуициды. 1. Пол. Уровень суицидальных попыток среди мужчин составил 50,4% от общего числа пролеченных лиц (119 человек). Уровень парасуицидов, совершенных женщинами, составил 49,6% (117). 2. Возраст. Значительную часть составили лица трудоспособного возраста – 86% (204 чел). Среди них лидирует возрастная группа 18-29 лет (43%). 3. Семейное положение. Большинство лиц, совершивших суицидальную попытку, было отнесено к группе проживающих в одиночестве (не состоящие в браке, вдовы, разведенные) – 64% (151). На момент совершения суицидальной попытки проживали в семье – 36% (85). 4. Уровень образования. Значительно преобладает контингента лиц, имеющих среднее, средне-техническое, средне-специальное и незаконченное высшее образование – 76% (179). Начальное образование- 15% (35 чел), высшее образование – 9% (22). 5. Общественно-профессиональный статус. Долю неработающих (сюда включались безработные, недавно утратившие работу, инвалиды, пенсионеры по возрасту) составили 55% (129). 6. Доминирующим способом парасуицида на протяжении всего периода сбора информации оставалось самоотравление – 45% (106). Самоповреждение острыми предметами – 35% (83). У женщин доминирует самоотравление, у мужчин – нанесение самоповреждений. 7. Максимальное количество суицидальных попыток совершилось в субботу с 20.00 до 24.00 часов. 8. Степень угрозы для жизни, связанной с суицидальной попыткой, оценивалась по 3-х балльной шкале. У 45% (107) угроза парасуицида оценивалась как «отсутствующая», в тоже время в 27,5% случаев угроза была реальной, среди мужчин этот показатель несколько выше. 9. Совершили суицидальную попытку впервые в жизни 62% (147),

повторно парасуицид наблюдался у 38% (89). 10. Алкогольное опьянение. 56% (133 человек) находились в состоянии алкогольного опьянения на момент совершения суицидальной попытки, 44% (103) были трезвы. Следует отметить, что лица, совершившие суицидальную попытку впервые в жизни, как правило, перед этим употребляли алкоголь, чтобы снять витальный страх, ослабить контроль над своим поведением и соответственно совершить задуманное. 11. Анализ контакта со службами здравоохранения до парасуицида. Ранее состояли на учете у психиатра, нарколога, имели психическое расстройство либо обращались за помощью к психотерапевту 52,5% (124). В структуре контингента лиц, совершивших парасуицид в г. Бресте, выделены возможные группы высокого риска парасуицида: возраст от 18 до 29 лет, проживание в одиночестве, средний уровень образования, профессиональная дезинтеграция. Выделены контингенты лиц, требующие проведения профилактических мероприятий.

Матвейчук И. В., Короткевич Т. В., Кочетова Г. В.,
Хлебоказов Ф. П., Докукина Т. В. Докукина В. В.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Психические расстройства при эпилепсии

Эпилепсия – распространенное неврологическое заболевание, которое может осложняться психическими расстройствами (Gaitatsis A et al., 2008). Среди наблюдаемых психиатрами число больных с психическими нарушениями при эпилепсии неуклонно возрастает в России (Громов С.А. и соавт., 2008). Исследование такого рода в Белоруссии ранее не проводилось.

По данным ГУ «РНПЦ психического здоровья» в течение первых девяти месяцев 2009 г. в эпилептологическом отделении на стационарном лечении находились 463 больных с пароксизмальными состояниями. Впервые установлен диагноз был в 144 случаях, повторно наблюдались 319 пациентов. Эпилепсия фокальная симптоматическая с простыми парциальными приступами (G40.1) диагностирована у 20 (4.3%), эпилепсия фокальная симптоматическая с комплексными парциальными приступами (G40.2) – 232 (50.1%), генерализованная идиопатическая эпилепсия (G40.3) – 30 (6.5%), особые эпилептические синдромы (G40.5) – 13 (4.1%), приступы неуточненные (G40.6) – 149 (32.2%), последствия воспалительных болезней центральной нервной системы (G09) – 19 (4.1%).

Клиническая картина эпилепсии сопровождалась психическими расстройствами в 438 случаях. Диагноз психического расстройства устанавливался при наличии перманентной симптоматики в интериктальный период. Были выявлены (согласно МКБ X): F02 деменция при других уточненных болезнях – 21 случаев (4.8%), F06.2 органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство – 3 (0.7%), F06.32 де-

прессивное расстройство органической природы – 4 (0.9%), F06.4 органическое тревожное расстройство – 8 (1.8%), F06.6 органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство – 21 (4.8%), F06.7 легкое когнитивное расстройство – 104 (23.7%), F07.0 расстройство личности органической этиологии – 277 (63.2%).

Выраженность дефицита существенно варьирует среди пациентов и характерна для больных с эпилепсией фармакорезистентной, с частыми приступами, для лечения которой применяется би- и политерапия. Современные эпилептологи (Карлов В.А., 2008; Беги Э., 2009) к факторам риска развития психических и поведенческих расстройств при эпилепсии относят политерапию и высокий уровень содержания антиконвульсантов в крови. Противосудорожные препараты вызывают изменения уровней нейрональной возбудимости и могут привести к когнитивному и поведенческому дефициту (Томпсон Т., 2009). В ряде случаев предположительно коморбидные психические расстройства имели место и до начала терапии. При этом следует отметить, что в условиях отделения пароксизмальных состояний Республиканского уровня концентрируются наиболее сложные и малокурабельные случаи. Поэтому в среднем для контингента больных эпилепсией наблюдаемого у неврологов и психиатров, амбулаторно и в условиях стационара частота встречаемости психических расстройств может оказаться меньшей. Тем не менее, распространенные среди больных эпилепсией коморбидные психические расстройства нуждаются в дальнейшем детальном изучении. Представляется необходимым проведение специальных исследований на репрезентативных выборках из общей популяции для определения роли эпилептической активности, лежащей в основе мозговой дисфункции и играющей роль в патогенезе психических нарушений у больных эпилепсией.

Михаловска-Карлова Е. П.

Московская медицинская академия им. Сеченова, Москва

Биоэтические проблемы неврологии и психиатрии

Будущее современного общества связано с инновационным развитием. А в этих условиях особую ценность приобретает человеческий ресурс, особенно его интеллектуальный компонент. Его сохранение и восстановление во многом зависит от успехов неврологии и психиатрии. По разным данным только больные эпилепсией составляют от 0,5 до 1% в общей популяции населения, от алкоголизма и наркомании умирают миллионы. Во всем мире растет смертность от суицида. Лидирует в этом страшном списке Литва, Россия занимает второе место в мире по количеству суицидов, не много лучше ситуация и в других странах на постсоветском пространстве: часть из них на грани эпидемического порога, другие его уже перешагнули. В условиях триумфального шествия коммерциализации медицины

одним из важнейших факторов сохранения человеческого потенциала общества становится нравственный компонент в деятельности врача. Между тем, врач сегодня вынужден работать в новой парадигме: когда Международные организации и большинство стран мира провозглашают приоритет человека, его прав и свобод; уходит в прошлое из медицинской практики патерналистская модель взаимоотношения врача и пациента, которая основывалась на беспрекословном авторитете врача и доверии к нему пациента и его семьи. В практике неврологов и психиатров именно эта модель наиболее эффективна. Но сегодня ее пространство ограничено лишь слабым патернализмом, который позволен в исключительных случаях: в ургентной ситуации. В остальных ситуациях действуют биоэтические принципы.

Наиболее известны две системы:

1. классические принципы биоэтики («джорджтаунские мантры»), предложенные американскими философами Beachamp T. L. и Childress J. F.;
2. разработанные в рамках исследовательского проекта Еврокомиссии «принципы Кемпа».

Первая отдает приоритет принципу уважения автономии личности пациента, обосновывающему концепцию информированного согласия, вторая – принципу достоинства личности. В Европейском сообществе идет процесс выработки универсальных принципов биоэтики. Более предпочтительной представляется первая. Во всяком случае, уважение автономии личности входит в состав всех известных систем принципов и норм биоэтики, а в Хельсинской декларации он по праву занимает первое место.

Под автономией личности понимают ее самоуправление и самоопределение. Реализуется принцип уважения автономии посредством правил: информированного согласия, правдивости, неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности. Принцип уважения автономии требует от врача сообщать пациенту или его представителям правдивую информацию, обеспечивать ее понимание, создавать благоприятные условия для принятия им адекватного решения – свободного добровольного информированного согласия. При этом врач должен с уважением относиться даже к тем пациентам, кто в данный момент не способен сделать свободный правильный выбор. Для получения информированного согласия должны соблюдаться следующие условия:

1. Пациент, или его представитель, должен быть компетентным.
2. Он должен быть свободен от принуждения или чрезмерного влияния, ограничивающего его свободу.
3. Врач обязан предоставить необходимую правдивую информацию и удостовериться в том, что она правильно понята.

Если какое-либо из этих условий отсутствует, информированное согласие не получено. Это значит, что врач не имеет права лечить пациента без его добровольного согласия или согласия его представителя.

Безусловное соблюдение принципов и правил биоэтики – не только веление времени, но и насущная необходимость.

Нестер Л. Н., Белянин В. Г.

УЗ «Могилевская областная психиатрическая больница», Могилев

Об организации применения принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра

Настоящая работа представляет собой ряд наших предложений по организации единого подхода со стороны врачей-психиатров в надлежащем оформлении документации, соблюдения сроков наблюдения и осуществления взаимодействия с правоохранительными органами в вопросах применения принудительных мер безопасности и лечения (ПМБЛ) в виде принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра (ПАНЛ).

4. При получении постановления (определения) суда о назначении ПАНЛ в отношении пациента, в его амбулаторной карте (при отсутствии карты – она должна быть заведена) делается запись о получении данного постановления с указанием даты его поступления.
5. В тот же день пациент, в отношении которого назначено ПАНЛ, письменно, по телефону либо в любой иной доступной форме должен быть уведомлен о том, что в отношении него поступило постановление суда соответствующего содержания и приглашен в течение трех дней с момента уведомления на прием к врачу-психиатру. В случае уклонения пациента от посещения врача-психиатра после полученного уведомления, в адрес районного отдела милиции (РОВД) высылается ходатайство о содействии в доставке пациента на прием к врачу-психиатру.
6. При явке пациента, на которого получено постановление (определение) суда о применении ПАНЛ, в его амбулаторной карте делается запись о том, что ему начато применение ПАНЛ (характер лечения определяется врачом-психиатром), указывается кратность посещения врача-психиатра (не реже одного раза в месяц). Также в письменной форме пациент предупреждается о том, что если он дважды нарушит сроки посещения врача либо будет уклоняться от лечения, врач вынужден будет ходатайствовать перед судом об изменении (усилении режима наблюдения) ПМБЛ. В тот же день в адрес суда высылается сообщение о том, что в отношении пациента начато применение ПАНЛ.

7. Амбулаторная карта пациента, к которому применяется ПАНЛ, маркируется в нижнем левом углу красной полоской. Формы №030-1/У выделяются в отдельную ячейку картотеки и маркируется надписью: "ПАНЛ". В паспорте участка должен находиться список пациентов, к которым применяется ПАНЛ.
8. В адрес РОВД высылается копия постановления (определения) суда о назначении пациенту ПАНЛ и сопроводительная записка, содержащая краткие сведения об особенностях психического состояния пациента. В сопроводительной записке указывается на необходимость регулярного контроля над поведением пациента со стороны участкового инспектора милиции. Так же оговаривается, что в случае проявления пациентом антисоциальных тенденций или ухудшения его психического состояния участковый инспектор милиции должен доставить его на прием к врачу-психиатру.
9. При наличии фактов нарушения пациентом режима ПАНЛ, а также уклонения от лечения, администрации психиатрического учреждения следует ходатайствовать перед судом об изменении ПАНЛ на ПМБЛ стационарного типа.
10. В сроки, когда, по мнению комиссии врачей-психиатров, ПАНЛ может быть завершено, в суд высылается медицинское заключение с ходатайством об отмене ПАНЛ. ПАНЛ может быть прекращено лишь после получения из суда соответствующего определения (постановления).
11. О факте прекращения применения ПАНЛ в отношении пациента высылается соответствующее сообщение в адрес РОВД.

Новиков В. В., Балашов А. Д.

Управление судебно-психиатрических экспертиз Государственной службы медицинских судебных экспертиз, Минск

О производстве прижизненных психиатрических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз в связи с предстоящим оформлением гражданско-правового акта

Анализ экспертной деятельности, осуществляемой в судебно-психиатрических подразделениях Государственной службы медицинских судебных экспертиз, свидетельствует об увеличении количества проводимых посмертных судебно-психиатрических (СП) и комплексных судебных психолого-психиатрических (КСПП) экспертиз по гражданским делам. Такие экспертизы назначаются и производятся по делам, разрешение которых зависит от определения психического состояния лица в момент совершения юридически значимых действий (заключение сделки, регистрация брака, составление дарственной записи, завещания или

инного гражданско-правового акта). Принципиальным отличием посмертных экспертиз, обуславливающих их особую сложность, является необходимость ретроспективной оценки психического состояния лица при совершении юридически значимого действия и вынесения экспертного заключения на основании изучения материалов, характеризующих психическое состояние и личность умершего, без его личного обследования. На практике при производстве посмертных СП и КСПП экспертиз в распоряжение экспертов предоставляется в материалах гражданских дел и медицинских документах лишь ограниченный объем сведений. Такие сведения зачастую лаконичны и противоречивы, нередко в представленных материалах полностью отсутствует информация о психическом состоянии исследуемого на период оформления им гражданского акта. Перечисленные обстоятельства нередко порождают повторность и многократность посмертных экспертиз по одному и тому же делу, влекут существенные моральные и материальные потери при судопроизводстве для его участников и общества.

Во многих случаях указанные сложности могут быть в значительной мере преодолены, а дополнительные издержки, связанные с гражданским судопроизводством по данным категориям дел, предупреждены при нижеследующем условии.

При наличии у нотариуса или заинтересованных лиц сомнений в психической полноценности лица и, как следствие, в его способности понимать значение своих действий или руководить ими при предстоящем оформлении гражданско-правового акта, данному лицу целесообразно провести прижизненную психиатрическую либо комплексную психолого-психиатрическую (КПП) экспертизу в судебно-психиатрическом экспертном учреждении Государственной службы медицинских судебных экспертиз. Такие экспертизы проводятся на платной основе, и их стоимость, в соответствии с прейскурантом цен, определяется видом проводимой экспертизы. Психиатрическая либо КПП экспертиза на платной основе проводится при добровольном обращении физического лица либо его законного представителя в подразделения Службы с заявлением, в котором должны быть указаны причины, обусловившие необходимость проведения экспертизы.

Производство экспертиз по заявлениям граждан включает сбор и изучение медицинской документации, проведение клинко-психопатологического и патопсихологического (экспериментально-психологического) исследований. Задачей экспертной комиссии является установление и обоснование в соответствии с принятыми международными диагностическими стандартами наличия психического расстройства (если таковое имеется), а также соотнесение его с психологическим критерием «способности/неспособности понимать значение своих действий или руководить ими» применительно к планируемой гражданско-правовой сделке (акту).

После проведения прижизненной психиатрической либо КПП экспертизы на платной основе составляется «Заключение эксперта» в двух экземплярах, которые хранятся в архиве экспертного учреждения, до поступления запроса в установленном законом порядке о выдаче одного из экземпляров заключения судебным

органам. Заявителю о результатах проведенной экспертизы на руки выдается «Справка» установленного образца с указанием наименования и предполагаемой даты совершения гражданско-правовой сделки (акта) и констатацией в разделе «Выводы» способен либо не способен исследуемый по состоянию психического здоровья понимать значение своих действий и руководить ими относительно планируемой сделки (акта).

Новиков Д. В.

УЗ «Могилевская областная психиатрическая больница», Могилев

Оптимизация методики ЭСТ при лечении тяжелых депрессий

Целью настоящей статьи явилось обсудить «сильные» и «слабые» стороны использования электросудорожной терапии (ЭСТ) в комплексной терапии больных с тяжелой депрессией и снять предубеждения о неоправданно высоком риске ЭСТ.

Нами были сформированы две группы больных с тяжелой депрессией (по 20 больных в каждой группе), в одной из которых проводилась ЭСТ наряду с консервативным лечением (1-я группа), а в другой – больные просто получали консервативное лечение (2-я группа). Возраст больных в обеих группах колебался от 25 до 55 лет, длительность депрессии от 30 до 48 дней. В основном это были больные, отвечающие критериям тяжелой депрессии с психотическими и непсихотическими симптомами.

Проводили оценку состояния тяжести пациентов по классификации ASA. Пациенты: 1 и 2 класса – соматически здоровые или с легким системным расстройством, 3 и 4 класса – пациенты со значительными системными расстройствами и инвалидизирующими заболеваниями, ограничивающие активность.

Пациентам 1 и 2 класса, т.е. соматически здоровым или с легким системным расстройством проводилась стандартная премедикация: бензодиазепины короткого действия в дозе 0,05 мг/кг— 0,1 мг/кг за 8 часов до сеанса, М-холиноблокаторы — атропин 0,4мг в/м или в/в за 30 минут до сеанса. Индукционные препараты: использование тиопентала натрия 1,5—3 мг/кг в/в, для миорелаксации применяли суксаметоний 0,5—1 мг/кг в/в.

Глубина наркоза 1—2 ст., проводился стандартный мониторинг, при длительном возбуждении — седативная терапия. Пациентам 3 и 4 класса проводилась подготовка: коррекция гемодинамических показателей, водно-электролитного баланса, энтеральное и парентеральное питание при дефиците массы тела более 20-25%, при наличии тяжелой сопутствующей соматической патологии достигали состояния компенсации. Премедикация осуществлялась бензодиазепинами ко-

роткого действия и блокаторами холинорецепторов, в тех же дозах, как и у пациентов 1 и 2-го классов. Общая анестезия осуществлялась использованием тех же препаратов что и у пациентов 1-2 класса, глубина наркоза 2-3 ст.

Прием суточной дозы антидепрессантов пациенты осуществляли через 2 часа после сеанса ЭСТ. Частота сеансов: в первые две недели – через сутки, в последующие – через двое суток. Курс лечения составлял 8-12 сеансов.

Из осложнений наиболее часто наблюдались антероградная и ретроградная амнезия, как правило, они были кратковременны.

Первые признаки улучшения после применения ЭСТ проявились в течение первой недели, после проведения 3—4 сеанса ЭСТ, тогда как в контрольной группе - только через 2—3 недели; отчетливое улучшение (уменьшение выраженности симптомов примерно на половину), после применения ЭСТ наблюдались во время 4-6 сеанса, тогда как при терапии антидепрессантами через 4-6 недель, полный эффект (лечение острой фазы депрессии) достигался после 8-12 сеанса ЭСТ, при консервативной терапии после 10-й недели приема препарата, ремиссия после ЭСТ достигалась в 90%.

Накопленный нами опыт позволяет сделать следующие выводы и рекомендации:

1. Проведение ЭСТ является методом первоочередного выбора у пациентов с депрессивным эпизодом или рекуррентным депрессивным расстройством тяжелой степени с симптомами, которые требуют быстрого антидепрессивного ответа:
 - попытка суицида, тяжелые суицидные мысли или намерения;
 - наличие психомоторной заторможенности или катотонический ступор;
 - отказ от приема пищи или жидкости;
 - наличие соматических расстройств, препятствующих назначению антидепрессантов;
 - наличие непереносимых побочных эффектов при психофармотерапии;
 - отсутствие критического отношения к своему заболеванию;
 - пациенты, страдающие инволюционной меланхолией, депрессиями, связанными с органическими и сосудистыми заболеваниями головного мозга, депрессиями, в структуре которых существенное место занимает ипохондрические синдромы, синдромы навязчивости состояний и явления деперсонализации;
 - отсутствие эффекта на антидепрессивную терапию в течение 6-ти месяцев в эффективных дозах при смене 2-х антидепрессантов с различными механизмами действия.
2. Применение ЭСТ в комбинации с антидепрессантами группы СИОЗ позволяет достичь наступления быстрого и максимального терапевтического эффекта при оптимальной терапевтической дозе антидепрессанта.

3. Пациентам с тяжелой соматической патологией проводится ЭСТ по достижении состояния компенсации; в премедикации спектр медикаментов может быть расширен для поддержания компенсации; глубина анестезии 2-3 стадии наркоза; мониторинг должен быть непрерывным и расширенным, включающим контроль показателей гемодинамики, респираторный контроль, оценка водно-электролитного баланса, при необходимости показателей КЩС.
-

Носов А. В., Уласень Т. В.
ГОУ ВПО «СГМА», Смоленск, Россия

К вопросу преемственности психиатрической и неврологической служб у юношей допризывного и призывного возрастов

Воинская служба предъявляет повышенные требования к состоянию здоровья военнослужащих. Служба в армии, вероятность участия в локальных войнах и условия, в которых находятся призванные на срочную службу, сами по себе являются мощным дезадаптирующим и стрессогенным фактором. Трудности адаптации призывников к новому стереотипу, в основе которого лежат значительные физические и психоэмоциональные нагрузки, усложняются также климатическими и географическими особенностями районов службы. Особенно острой является проблема совершенствования системы медицинского обеспечения лиц призывного возраста при подготовке к воинской службе (Грошев В. Н. и др., 1998) Задачами при обследовании психического здоровья призывников являются не только оценка настоящего психического и соматического состояния, но и оценка состояния компенсаторных возможностей, психоэмоционального напряжения, возможная реакция на стресс, адаптационные возможности индивида (Логвинович Г. В., 1995; Мальцева Ю. Л., 2003; Казенных В. В., 2005).

Состояние здоровья юношей призывного возраста на современном этапе развития общества в целом определяется возрастом неблагоприятного воздействия социально-демографических и экономических факторов, резким ухудшением семейно-бытовых и морально-психологических условий жизнедеятельности, что обуславливает рост в первую очередь нервно-психической заболеваемости (Артемчук Ф. И. и др., 2001).

В связи с вышеуказанным возрастает роль своевременной оценки психического статуса у юношей призывного возраста, диагностики у них отклонений и обоснованного вынесения в отношении них клинко-экспертного диагноза с позиции военно-врачебной экспертизы. Также приоритетное значение приобретает

повышение качества отбора призывников на военную службу (от мероприятий, повышающих уровень мотивации на службу, до непосредственно «барьерных» функций призывных комиссий) (Литвинцева С. В. и др., 2000).

Согласно Исследованиям последних десятилетий отмечается значительное увеличение количества психических расстройств среди лиц подросткового возраста (Дмитриева Т.Б., 1999; Чуркин А.А. и др., 2000, 2003). В работе отечественных психиатров приводятся статистические данные, подтверждающие рост показателей заболеваемости и болезненности психическими расстройствами среди детей и подростков (Голенков А.В., 1998; Вострокнутов Н.В., 1999, 2001; Годовых Т.В. и др., 2001; Мазаева Н.А. и др., 2005). В настоящее время призывники с патологией развития (умственная отсталость и расстройства личности) составляют 98 % всех освидетельствованных (Петухов Ю.Л., 2001)

В свою очередь, по данным военно-врачебной психиатрической экспертизы ОГУЗ «СОПКД» за 2008 – 2009 годы, доля психических расстройств непсихотического уровня органической этиологии у обследованных юношей призывного возраста составила 43 % от общего числа. В то же время можно выявить несоответствие впервые выявленных вышеуказанных расстройств в допризывном и призывном периодах.

Таким образом, насущным является необходимость разработки и внедрения современных стандартов обследования при медицинском освидетельствовании и создания системы медико-психологической экспертизы в целях превенции призыва на военную службу граждан с нервно-психическими расстройствами. Наличие преемственности между психиатрической и неврологической службами поможет не только диагностировать патологию на раннем этапе, но и своевременно проводить лечение и реабилитацию пациентов.

Объедков В. Г.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Роль и место когнитивно-восстановительной терапии в структуре медицинской помощи больным шизофренией

В последнее время большинство ученых склоняется к мнению, что шизофрения и расстройства шизофренического спектра относятся к нейрокогнитивным заболеваниям, поскольку расстройства когнитивной сферы у больных шизофренией являются основой, сердцевинной болезни. Исследования, проведенные на больших выборках больных шизофренией с различными формами и типами течения болез-

ни, показывают, что больные проходят нейрокогнитивные тесты хуже (в среднем на 1–3 стандартных отклонения) по сравнению с контрольной группой. При этом наиболее выраженными являются нарушения внимания, памяти, скорости обработки информации и исполнительных функций. Инструментально дефицит определяется как более низкие, чем в норме, показатели выполнения ряда методик исследования познавательных процессов (тест словесно-цветовой интерференции Струпа, тест Бентона, Trail making test, Wiskonsin Card Sorting Test, стандартные тесты для изучения функции внимания и кратковременной памяти).

Исторически нейрокогнитивный дефицит рассматривался как одна из составляющих негативной симптоматики, но в последующем он был выделен в качестве самостоятельного ряда проявлений шизофрении, независимого ни от продуктивных, ни от дефицитарных расстройств. Он может служить основой для формирования таких симптомов шизофрении, как бредовые идеи отношения, симптомы малого психического автоматизма, атактическое мышление.

После того, как нейрокогнитивный дефицит был признан частью симптоматологической структуры шизофрении, стали разрабатываться методы непосредственного воздействия на когнитивные функции.

В рамках НИР «Разработать и внедрить методику нейрокогнитивной реабилитации больных шизофренией» на базе РНПЦ психического здоровья был проведен компьютерный нейрокогнитивный тренинг 50 пациентов с параноидной шизофренией в течении 35 ± 15 часов по 1 часу в день. При этом на фоне терапии нейролептиками в дозе, эквивалентной 10 мг/сут галоперидола, отмечалась положительная динамика показателей выраженности нейрокогнитивного дефицита. Значения времени выполнения первой части Trail Making Test, времени выполнения первой карты теста Струпа, времени выполнения второй карты теста Струпа, количества названных слов в категориальной части теста на речевую беглость улучшились по сравнению с исходными, но оставались сопоставимыми с показателями больных контрольной группы только получавших лекарства.

Значения 5 показателей – времени выполнения второй части Trail Making Test, числа ошибок во второй части теста Струпа, числа ошибок в категориальной части теста речевой беглости, максимального количества воспроизведенных слов в тесте кратковременной памяти по А.Р.Лурия – приблизились к нормативным и стали статистически достоверно лучше, чем в контроле. По мере улучшения этих показателей был достигнут большой прогресс в коррекции негативной симптоматики по сравнению с контролем, сопоставимым по демографическим показателям и проводимой лекарственной терапии.

Реализация нейрокогнитивного тренинга не требует больших затрат, применение этого метода патогенетически оправдано и клинически эффективно. Это дает основание для рассмотрения вопроса о целесообразности его включения в стандарты диагностики и лечения шизофрении.

Осипчик С. И.

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

РНПЦ психического здоровья: бренд или ребрендинг?

Бренд – совокупность материальных и нематериальных категорий, которые формируют благоприятное впечатление у потребителя и желание приобрести товар или услугу с конкретной маркировкой, среди множества других аналогичных. По сути дела все бренды, если взять их основную функцию, создаются с одной целью – завоевание доверия потребителя. Наиболее важными факторами при этом являются уникальность бренда, его имидж и вызываемые ассоциации. Бренд – не просто образ, это четкое и однозначное представление потребителя о целях, задачах объекта потребления, а самое главное – точное понимание конкретных выгод, которые получит сам потребитель.

В понятие бренда входит:

- сам продукт (товар или услуга) со всеми характеристиками;
- набор ожиданий и ассоциаций, воспринимаемых и приписываемых услуге потребителем;
- информация о потребителе;
- обещание каких-либо преимуществ, данные владельцем бренда потребителям.

Бренд помогает:

- сделать товар или услугу узнаваемой при ее упоминании;
- дистанцироваться от конкурентов;
- создать у потребителей привлекательный образ, вызывающий доверие;
- установить однозначную связь между товаром/услугами и эмоциями потребителей;
- принять потребителю решение о покупке и быть уверенным в правильности выбора;
- сформировать группу постоянных покупателей, ассоциирующих с брендом свой стиль жизни.

Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ БССР ассоциировалась в сознании потребителя как место принудительного помещения неадекватных людей, а такие места в старину называли «домами призрения», которые отождествлялись с местом расположения: Новинки, Белые дачи, Кащенко. В середине 70-х годов XX века численность пациентов в таких больницах приближалась к 2-3тысячам, а в восприятии потребителя это были довольно зловещие места. Приказом МЗ РБ № 76 от 4 февраля 2009г. было утверждено решение о создании ГУ «РНПЦ психического здоровья» на месте Республиканской клинической психиатрической больницы. И этот факт требует переосмысления и изменения целей и

задач деятельности Центра на прежнем месте. Ребрендинг – это изменения, которые должны произойти в восприятии потребителей вследствие смены образа. А так как нужное отношение формируется под влиянием мотивирующей ценности, заложенной в вектор бренда, то имеет смысл говорить о смене мотивов деятельности в соответствии с мотивами целевой аудитории (ЦА) потребителей услуг Центра, а возможно и частичном переключении бренда Центра на другие ЦА. Суть ребрендинга в том, что бренд, изначально опиравшийся на одну личностную ценность, которая обладала важностью для данной ЦА, вдруг начинает в себе нести другой вектор, который может быть важен уже не для всех представителей существующей ЦА. Но он важен для тех потребителей, которые ранее не входили в число потребителей услуг, которых необходимо привлечь. Это уровень ребрендинга.

Новый образ создается всей коммуникативной активностью (внутренней и внешней), в которую может входить и рестайлинг логотипа, и редизайн интерьера, но основной инструмент формирования изменений в сознании потребителя – реклама и PR, а все прочие изменения атрибутов – лишь подстройка под мотивирующую ценность нового вектора бренда. Ограничиваться только чем-то одним, сменной вывески или ассортимента услуг – едва ли целесообразно, если речь идет о столь глубоких изменениях образа бренда, которые подразумевает ребрендинг. Создание и продвижение бренда на рынок, так же как и ребрендинг, невозможны без предварительных маркетинговых исследований. Качественно проведенные исследования сэкономят и время и что немаловажно средства.

Исследования на предварительном этапе – это комплекс работ, сопровождающий процесс ребрендинга, включают:

1. Изучение структуры рынка, оценку его емкости и динамики. Полученная информация используется для оценки перспектив развития бренда и выбора наиболее интересных направлений по видам услуг.
2. Изучение конкурентных преимуществ, дающее возможность оценить уровень конкуренции и сложность продвижения на рынок новых услуг. Информация по товарам и услугам конкурентов позволяет более четко репозиционировать на рынке собственный бренд.
3. Определение характеристик целевой аудитории. Изучение различных аспектов потребительского спроса и установок целевой аудитории позволит выделить наиболее привлекательные сегменты рынка и будет полезно при ребрендинге.

Таким образом, внедрение в практику Центра научно-исследовательских задач наряду с расширением внебюджетной деятельности оправдано влечет за собой изменение в балансе направлений деятельности Центра и, отсюда, реструктуризацию коечного фонда с изменением организационно-управленческой структуры в соответствии с новой концепцией, целями и задачами.

Осипчик С. И.

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

К вопросу о методологии научной деятельности в ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Методология науки, в традиционном понимании, - это учение о методах и процедурах научной деятельности, а также раздел общей теории познания, в особенности теории научного познания (эпистемологии) и философии науки. Методология, в прикладном смысле, - это системокомплекс принципов и подходов исследовательской деятельности, на которые опирается исследователь (ученый) в ходе получения и разработки знаний в рамках конкретной дисциплины: физике, химии, биологии, информатики и других разделах науки. Развитие общества привело к бурному прогрессу науки в 20м и начале 21го веков, превращению ее из сугубо познавательного интереса любителей «чистой» истины в сферу профессиональных отношений, имеющих немалое влияние на экономическую жизнь общества, вплоть до трансформации науки в разновидность бизнеса.

Методология – это учение об организации деятельности. Такое определение однозначно детерминирует и предмет методологии – организация деятельности. Таким образом, методология рассматривает организацию деятельности. Организовать деятельность означает упорядочить ее в целостную систему с четко определенными характеристиками, логической структурой и процессом ее осуществления – временной структурой (исходя из пары категорий диалектики «историческое (временное) и логическое»). Логическая структура включает в себя следующие компоненты: субъект, объект, предмет, формы, средства, методы деятельности, ее результат. Внешними по отношению к этой структуре являются следующие характеристики деятельности: особенности, принципы, условия, нормы. Современным является проектно-технологический тип, который состоит в том, что продуктивная деятельность человека (или организации) разбивается на отдельные завершенные циклы, которые называются проектами. Процесс осуществления деятельности рассматривается в рамках проекта, реализуемого в определенной временной последовательности по фазам, стадиям и этапам, причем последовательность эта является общей для всех видов деятельности. Завершенность цикла деятельности (проекта) определяется тремя фазами: – фаза проектирования, результатом которой является построенная модель создаваемой системы и план ее реализации; – технологическая фаза, результатом которой является реализация системы; – рефлексивная фаза, результатом которой является оценка реализованной системы и определение необходимости либо ее дальнейшей коррекции, либо «запуска» нового проекта. На сегодняшний день существуют два определения проекта: проект как нормативная модель некоторой системы и проект как целенаправленное создание или изменение некоторой системы, ограниченное во времени и ресурсах, и

имеющее специфическую организацию. Чаще используется второе определение.

Организация РНПЦ психического здоровья со специфическими целями и задачами, при общности подходов и концепции, безусловно, имеет свои особенности по сравнению с организацией научной деятельности отраслевых РНПЦ, часть из которых образованы путем слияния отраслевых НИИ и клинических комплексов, а часть образована на базе соответствующих кафедр и клинических комплексов. РНПЦ психического здоровья (далее Центр) образован на базе республиканского клинического комплекса и это влечет за собой особое внимание к организации научно-исследовательского направления в деятельности Центра. Так, в организации научно-исследовательской деятельности Центра просматриваются в настоящее время два направления:

1. организация научных исследований в рамках научных отделов под исследовательскую тему, структурно отделенных от клинических отделений,
2. организация исследований на базе клинических отделений, которые структурированы под потоки пациентов и объединены в отделы по научным направлениям.

При условии снижения бюджетного финансирования клинических подразделений, финансирования научно-исследовательских работ по проектному принципу оправданным выглядит организация прикладных научных исследований на базе клинических отделений Центра. Организация же фундаментальных научных исследований Центра оправдана в кооперации с отраслевыми РНПЦ (эпидемиологии, проблем укрепления правопорядка, Центра судебных экспертиз и криминалистики) и академическими НИИ (экономики, биохимии, физиологии, социологии, демографии), в том числе и зарубежными. Первое направление обеспечивает разделение научно-исследовательской и клинико-диагностической работы и влечет за собой шлейф затрат на организацию рабочих мест, выделение помещений, поиск и подготовку научных кадров и непривлечение к исследованиям практических врачей. Второе направление обеспечивает вовлечение в исследования практических врачей и экономию времени и финансов на организацию дополнительных рабочих мест. Выглядит также обоснованной, в существующих условиях, организация лабораторий на базе метода исследования или лечения: биохимическая, электрофизиологическая, психологическая, нейропсихологическая, автоматизированных систем (обработка баз данных). Оставляем за рамками нашей полемической статьи вопросы реструктуризации клинического фонда, изменения в балансе рабочих нагрузок врача-исследователя с изменением штатного расписания и функциональных обязанностей. Все эти проблемы решаемы после уточнения методологических принципов проведения научно-исследовательских работ в условиях Центра.

Остьянко Ю. И., Голубович В. В., Волковыцкий А. Г., Сакович Р. А.
Государственная служба медицинских судебных экспертиз, Минск

Диагностика деменций в рамках судебно-психиатрической экспертизы

Трудность судебно-психиатрической экспертизы деменций обусловлена рядом обстоятельств. Во-первых, медицинская документация в поликлиниках по месту жительства освидетельствуемых и стационарные карты на них не содержат достаточной информации о психическом состоянии пациента. Во-вторых, данная группа лиц плохо обследована методами нейровизуализации (МРТ, ПЭТ). В-третьих, имеет место отсутствие единого подхода в диагностике патологии когнитивных функций и их методов оценки. Наибольшие трудности возникают при проведении посмертной экспертизы, которая исключает непосредственное освидетельствование больного психиатром-экспертом. В большинстве случаев, в документации отсутствуют консультации психиатра, патопсихологические обследования, какие-либо методы нейровизуализации.

Целью исследования, выполненного на базе отдела стационарных судебно-психиатрических экспертиз (411 экспертиз), являлось изучение структуры экспертных выводов, распределение деменций по нозологии, определение частоты использования метода нейровизуализации МРТ в диагностике деменций, изучение встречаемости церебрального атеросклероза и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии при БА, выявленной при консультативных осмотрах невролога и терапевта, проведение сравнительного анализа этих проявлений с МРТ-признаками.

Характер исследования: одномоментное, ретроспективное, открытое.

В исследуемую группу вошли 100 подэкспертных с установленными диагнозами: деменция при БА (31%), сосудистая деменция (58%), смешанная сосудистая подкорковая и корковая деменция (11%). Каких-либо статистически значимых различий между МРТ-признаками (МР-признаки гидроцефально-атрофических изменений, МР-признаки энцефалопатии и МР-признаки гидроцефально-атрофических изменений (вероятнее всего сосудистого генеза)) и их описательной частью с болезнью Альцгеймера и сосудистой деменцией не выявлено.

По литературным данным, подтвержденным патоморфологическими исследованиями и методами нейровизуализации, деменция при болезни Альцгеймера составляет 50-60%, а сосудистая деменция - 20%. Отличия полученных результатов связаны с многолетней традицией отечественной психиатрии, когда диагноз сосудистая деменция использовался очень широко, а болезнь Альцгеймера считалась довольно редкой. Практическим следствием этого являются:

- редкость распознавания деменции при болезни Альцгеймера врачами-психиатрами на ранних этапах и дублирование экспертами при проведении экспертизы установленного раннее диагноза;

- неполучение пациентом при дальнейшем наблюдении врачом-психиатром адекватного лечения (препаратов-холиномиметиков);
- полное отсутствие системы помощи, психообразовательной работы с семьями, тренинга когнитивных и социальных навыков у пациентов с болезнью Альцгеймера.

Отсутствие каких-либо статистически значимых различий между МРТ-признаками при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции свидетельствует о несовершенном подходе к данному методу исследования, как врачей функциональной диагностики, так и неврологов и психиатров. В описаниях МРТ картины не используются исследование атрофических явлений гиппокампа и височных долей.

Паровая О. И.
ГУО «БелМАПО», Минск

Теории гендерного парадокса суицидального поведения

Проблема суицида является одной из наиболее острых социальных проблем Республики Беларусь. По данным статистики распространенность суицидов в Республике за 2008 года составляет 27.5 человек на 100 000 населения. В настоящий момент Беларусь входит в пятерку стран с самым высоким уровнем суицидов в мире.

В странах Западной Европы и в США мужчины чаще, чем женщины выбирают суицид как способ ухода из жизни, в то время как женщины чаще мужчин совершают суицидальные попытки. В Республике Беларусь существует схожая ситуация. За 2008 год соотношение мужчин и женщин, погибших в результате суицида составило 6:1 соответственно. Парасуициды стали фиксироваться в нашей стране только с 2007 года. Так как система регистрации еще налажена несовершенно, достоверных сведений о соотношении суицидальных попыток среди мужского и женского населения предоставить нельзя.

Разница между частотой суицидов и суицидальных попыток среди мужчин и женщин называется гендерным парадоксом. Имеется две основные точки зрения на данную проблему. Первая заключается в том, что распространенность суицидальных намерений среди женщин и мужчин одинакова, но последние более успешны из-за используемых методов. Вторая утверждает, что оба пола одинаково успешны в суицидальных действиях, но мужчины чаще, чем женщины действительно имеют намерение совершить суицидальную попытку

Существует несколько теорий, объясняющих данную особенность суицидального поведения. Первая основана на методе суицида: мужчины используют более жестокие методы (повешение, прыжки с высоты, огнестрельное оружие), являю-

щиеся более опасными для жизни. Вторая основана на разной распространенности уровня депрессии и злоупотребления алкоголем среди мужчин и женщин. Мужчины, совершившие суицид чаще имеют зависимость от алкоголя (11-48%), чем женщины (5-33%). В то же время большая часть суицидов в Республике Беларусь совершается в состоянии алкогольного опьянения (62%) или лицами, злоупотребляющими алкоголем. Следует отметить, что женщины чаще, чем мужчины ищут помощь в системе здравоохранения, рассказывают о своих переживаниях родственникам и друзьям. Это является мощным фактором, защищающим от суицида, позволяющим на ранних этапах выявлять группу риска и своевременно направлять пациента к специалистам. Женщины свободней выражают свои эмоции, в то время как мужчины значительно реже говорят о своих переживаниях, основываясь на социальных стереотипах о том, что «мужчины должны сами справляться со своими проблемами», «мужчины не плачут». В мужчинах ценится решительность, способность достигать целей, женщины ищут баланс между имеющимися возможностями, чаще меняют решение. Поэтому, решившись на суициде, мужчина последовательно его осуществляет, в то время как женщина может позволить себе передумать в последний момент. Мужчины больше страдают от экономических проблем, безработицы, болезней.

Данные теории позволяют предположить, какие переменные сильнее всего влияют на риск суицидального поведения в разных половых группах: способность выражать свои эмоции, злоупотребление алкоголем, обращаемость за медицинской помощью, наличие социальных связей.

Пекарская М. В., Осипчик С. И.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Особенности позиционирования платных медицинских услуг в «РНПЦ психического здоровья»

Медицинская помощь является особенным видом производственной деятельности, понимание которой, как технологического процесса, все активнее заставляет описывать и оценивать ее результаты экономическими параметрами. Многие годы результаты медицинской деятельности оценивались в социальных, морально-этических, а иногда и политических категориях. Поэтому у нас в стране было распространено мнение, что здоровье и охрана здоровья является приоритетом деятельности и обязанностью органов здравоохранения, а потребитель медицинских услуг должен требовать от здравоохранения приведение показателей своего здоровья в норму, а соблюдение правил сохранения здоровья – это личное право потребителя. Поэтому сложным и длительным является процесс осознания массовым потребителем того факта, что за потребление медицинских услуг нуж-

но платить. Так же сложным для массового потребителя является понимание того, что за здоровьем нужно следить. Этим и обусловлена сложность и необходимость особого подхода к позиционированию, ценообразованию и продвижению платных медицинских услуг «РНПЦ психического здоровья».

ГУ «РНПЦ психического здоровья» является многопрофильным медицинским центром со специализацией в областях научных исследований, образовательных услуг, профилактики, амбулаторной и стационарной диагностики, лечения поведенческих и психических расстройств. Позиционирование и продвижение платных медицинских услуг многопрофильного медицинского центра имеет свои особенности: медицинские центры такого уровня обладают высоким научным, клиническим и лабораторным потенциалом, поэтому конкуренция в данном сегменте рынка не высока. Отсюда необходимость позиционировать себя как одного из лучших производителей данных услуг на рынке.

Для успешного и эффективного позиционирования платных медицинских услуг необходимо прояснять потребность данных услуг, изучать величины потребительского спроса, проводить исследования и анализ рынка медицинских услуг, анализировать конкурентную среду. Также следует выявлять целевые группы потребителей услуг, характеризовать и выделять основные специфические особенности различных групп потребителей.

При продвижении и позиционировании платных медицинских услуг нельзя забывать и об этическом аспекте данной деятельности, поскольку целевая группа обладает специфическими особенностями (пациенты и родственники, зачастую имеющие созависимость, если речь идет о наркомании и алкоголизме, индуцированность и преддиктивность, если речь идет о поведенческих и психических особенностях). Именно характером объекта, на который направлена кампания по продвижению платной медицинской услуги, обусловлена этическая осторожность. При позиционировании и продвижении платных медицинских услуг следует учитывать те психологические особенности, которыми обладает целевая группа, дабы не навредить, не посеять ложные надежды, а проинформировать о наличии данной услуги.

Комплексность, этапность, преемственность, доступность, индивидуальный подход – конкретные преимущества, на которые необходимо акцентировать внимание при позиционировании платных медицинских услуг. Для привлечения потока пациентов эффективно взаимодействие со страховыми компаниями, врачами и медицинскими представителями.

Поскольку предоставляемые медицинские услуги многопрофильным медицинским центром обладают высоким качеством, необходимо активно информировать об этом потенциальных потребителей. Создание и распространение печатной информационно-рекламной продукции в виде брошюр и буклетов, а также информационные сообщения в средствах массовой информации является одним из наиболее эффективных способов повышения информированности о каких-либо

услугах и обладают возможностями широкого охвата аудитории. Анализ записей в книгах жалоб и предложений, писем благодарных пациентов поможет выявить недостатки работы многопрофильного медицинского центра, устранить их, и использовать полученные знания при позиционировании и продвижении платных медицинских услуг.

Занимаясь продвижением и позиционированием платных медицинских услуг, следует обратить внимание не только на традиционные средства массовой информации (радио, печать, телевидение), но и на Интернет-технологии. Всемирная сеть играет важную роль в функционировании современного общества. Используя возможности Интернета можно охватить одну из наиболее активных групп населения, а также молодежь. Наиболее эффективным будет использование таких ресурсов как: контекстная реклама в Интернете, реклама и информация об услугах в весьма популярном на сегодняшний момент живом журнале (LiveJournal), реклама на различных сайтах, в том числе и социальных сетях. Охватив наиболее популярные Интернет-ресурсы, информация о медицинских услугах достигнет и некоторой части целевой группы.

В случае корректного использования данных методов и средств, можно говорить об оптимальной работе по позиционированию и продвижению платных медицинских услуг многопрофильного медицинского центра. Эффективность использования различных средств продвижения может быть проверена не только повторными маркетинговыми исследованиями, в том числе при помощи исследования фокус-групп (как одним из наиболее эффективных методов изучения спроса и предпочтений потребителя), но и изменением количества предоставленных услуг.

Петров В. И., Когутенко Н. Н.

Исправительное учреждение «Тюрьма №4», Могилев

К вопросу об адаптационных возможностях спецконтингента

Психика человека является наиболее ранимым аппаратом приспособления человека к окружающей среде [1]. Арест и лишение свободы вызывают развитие так называемого психодезадаптационного синдрома. Клинически он проявляется расстройствами адаптации (РА), которые встречаются у 49,6% осужденных (в 38,1% случаев – у мужчин, в 60,3% – у женщин).

В исследованную нами выборку были включены 100 осужденных в возрасте от 20 до 50 лет (мужская и женская группы, по 50 человек каждая). Адаптационные нарушения у осужденных возникали в течение первого месяца после ареста и продолжали наблюдаться не более полугода. Кратковременная депрессивная

реакция (21,1%) представляла собой мягкое, «преходящее» состояние легкой депрессии длительностью до одного месяца. Смешанная тревожно-депрессивная реакция (71,7%) протекала с признаками тревожно-депрессивного диапазона без доминирования тревоги или депрессии, но с обязательным присутствием вегетативной дисфункции. РА с нарушением эмоций (2,4%) отличала «смесь» нескольких эмоций, которые вместе с тревогой и депрессией могли включать напряженность, беспокойство, гнев. РА с нарушением поведения (2,9%) в дополнение к признакам тревожно-депрессивного регистра проявлялись агрессией, диссоциальным поведением. РА с нарушением эмоций и поведения (1,9%) включали сочетание двух последних из перечисленных видов адаптационных нарушений.

У большинства осужденных выявлялись признаки гипотимии (у мужчин в 76,5%, у женщин – в 85,9% случаев). Ее выраженность варьировала от чувства легкой грусти, которая не препятствовала выполнению повседневных обязанностей, до выраженной подавленности. Больные были заторможены, фиксированы на отрицательных переживаниях, не проявляли должной коммуникации в общении с медперсоналом. Навязчивые мысли встречались в 3 раза чаще у осужденных мужчин в сравнении с женщинами, которые не достигали уровня фобических нарушений. Основными проявлениями РА у осужденных были депрессивное настроение, тревога, беспокойство, чувство неспособности справиться с ситуацией, а также определенная степень снижения продуктивности в ежедневных делах и бытовой активности. Больные не могли написать письмо родным, привести в порядок одежду, предпринять попытки по уточнению сроков возможного освобождения, погашения исков, безразличие к возможной регистрации нарушений режима содержания и т. п.

У всех осужденных имел место астенический синдром в виде истощаемости, повышенной утомляемости, что сочеталась с ипохондрическими высказываниями. Настроение характеризовались неустойчивостью с настороженным ожиданием насилия со стороны других осужденных. Больные становились раздражительными, обидчивыми, замкнутыми. В течение 2-3 месяцев отмеченные расстройства становились более выраженными, постоянными, усугубляясь появлением вялости, разбитости, слабости. У больных отмечалось снижение побуждений, трудности сосредоточения внимания, запоминания, нарушения сна, неприятные ощущения в голове, различных частях тела, сочетающиеся с соматовегетативными расстройствами. Часто они отказывались от выполнения требований режима содержания с мотивированием отказа состоянием здоровья. Больные замыкались в себе и значительно сужали круг общения, забывая о своих прежних увлечениях. Такая клиническая картина была характерна для протекания РА у 95,2% осужденных. РА с эксплозивными проявлениями в виде гневливости, раздражительности, невозможности сдерживать себя, повышенной возбудимости встречались у 4,8% обследованных. Кроме того, у каждой 6-й женщины и каждого 4-го мужчины отмечалось снижение либидо. У 4,3% женщин РА сочетались с нарушениями менструального

цикла. Таким образом, преобладающей формой расстройств адаптации у осужденных является смешанная тревожно-депрессивная реакция (71,7%), а клиническими признаками – проявление нарушений тревожно-депрессивного диапазона.

Пивень Б.Н.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Смешанные (коморбидные) формы психических заболеваний – актуальная проблема психиатрии

Основная цель сообщения – активировать внимание психиатров к проблеме смешанных психических заболеваний.

Анализ положения дел в клинической психиатрии показывает, что смешанная (сочетанная, коморбидная) психическая патология является одной из наиболее актуальных, но в то же время парадоксальных проблем психиатрии. О ее актуальности говорит все увеличивающееся число посвященных ей публикаций. А о парадоксальности свидетельствует тот факт, что наличие этой патологии в общей структуре психических заболеваний, хотя никем и не ставится под сомнение, но она не имеет какого-либо официального признания. Она не получила своих рубрик в действующих классификациях. Нам не известны какие-либо учебники и руководства, в которых бы имелись посвященные ей разделы.

Между тем, как показывают результаты наших исследований, отчасти согласующиеся с литературными сведениями, смешанные формы имеют значительный удельный вес в общем ряду психических заболеваний. Среди контингентов больных разных звеньев психиатрической службы от 12 до 42 % приходится на долю пациентов с коморбидной патологией. До 70% больных алкоголизмом имеют проявления других психических заболеваний. У 15 – 50% лиц, страдающих наркоманиями, выявляется и иная психическая патология. Именно сочетанные заболевания, о чем говорит наш консультативный опыт, чаще всего и вызывают диагностические трудности, нередко приводящие к ошибочным врачебным заключениям.

Смешанные заболевания могут представлять сочетание как двух, так и большего числа (по крайней мере, трех) нозологий. При этом сочетания имеют большой спектр вариантов, так как образуются всеми известными нозологическими единицами. Чаще сочетания формируются наиболее распространенными заболеваниями – органическими поражениями головного мозга, неврозами, шизофренией, алкоголизмом и другими болезнями зависимости.

Коморбидные формы патологии имеют свои клинико-динамические закономерности. Нами выделены такие их варианты:

- полиморфизм клинической картины, обусловленный сосуществованием расстройств, относящихся к разным нозологическим единицам;

- наложение внешне сходных расстройств, относящихся к разным заболеваниям;
- чередование доминирования в разные временные периоды признаков одного какого-то заболевания;
- превалирование на протяжении длительных отрезков времени признаков одного заболевания при минимальной выраженности симптоматики другого;
- взаимовлияние сосуществующих заболеваний в сторону их утяжеления (преимущественный вариант) либо смягчения (редкий вариант).

В сообщении рассматриваются причины названного парадоксального положения. Одна из них – существующий в психиатрии длительное время монозологический подход, предусматривающий наличие у больного только одного какого-либо заболевания. В наглядном виде этот подход утверждается практически во всех руководствах и учебниках в рубриках «дифференциальный диагноз», нацеливающих диагностический процесс на выявление у больного только одного какого-то заболевания по принципу «или одно, или другое»). По нашему мнению, большое значение в решении обозначенной проблемы может иметь полинозологический подход, предусматривающий диагностическую нацеленность на смешанные психические заболевания по принципу «и одно, и другое».

Полагаем, что приведенная информация убедительно свидетельствует о необходимости широкомасштабных исследований смешанных форм психической патологии и официального их признания, что будет способствовать оптимизации психиатрической помощи в разных ее направлениях, начиная от диагностики состояния больных, до выработки стандартов эффективного лечения коморбидных состояний.

Положий Б. С.

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

Суицидальная ситуация в России и пути ее улучшения

Анализ частоты суицидов в России за период с 1990 г. по настоящее время показал, что в 1990-1991 гг. (это были последние годы, предшествовавшие началу радикальных изменений в стране) распространенность самоубийств составляла 26,5 на 100 000 населения, что лишь незначительно превышало установленный ВОЗ «критический уровень» - 20 на 100 000. С 1992 г. начинается выраженный рост частоты самоубийств, достигшей в 1994-1995 гг. своего максимума

– 42 случая на 100 000 населения (увеличение в 1,6 раза по сравнению с 1990 годом). В 1996-1998 гг. частота суицидов начинает постепенно снижаться, однако к 1999 г. их уровень вновь резко повышается до 39,3 на 100 000. Лишь с 2002 г. начинается постепенное снижение частоты самоубийств до 29 случаев на 100 000 в 2008 г.

Такая динамика отражает происходившие в стране изменения социальной ситуации. Увеличение частоты суицидов в 1992 г. было обусловлено последствиями наиболее радикальных перемен в жизни общества: смены общественно-экономической формации, крушения прежнего политического режима, распада Советского Союза, снижения жизненного уровня людей, т. е. факторами, явившимися мощным стрессом для большинства населения. Достижение рекордного уровня самоубийств в 1994-1995 гг. было связано с пиком инфляции, продолжающимся снижением уровня жизни людей, их разочарованием в проводимых реформах. В 1996-1998 гг. частота самоубийств начинает постепенно снижаться, что можно расценить как результат постепенной адаптации людей к новым условиям жизни. Однако августовский дефолт 1998 г. прерывает эту тенденцию, и частота самоубийств вновь резко увеличивается. Отмечающееся в последние годы снижение уровня суицидов отражает, с одной стороны, процессы социальной стабилизации в обществе, с другой стороны – предпринятые в последние годы меры по улучшению суицидологической помощи населению. Так, в ГНЦ им. В. П. Сербского был разработан и внедрен в масштабах страны комплекс мер по снижению частоты самоубийств, включивший в себя следующее:

1. Подготовку и включение в долгосрочные республиканские и региональные программы социального развития и охраны здоровья населения предложений по оптимизации суицидологической помощи с учетом социально-экономического состояния региона и этнического состава проживающего в нем населения.
2. Разработку и внедрение дифференцированных программ профилактики самоубийств в проблемных в этом отношении регионах.
3. Организацию детско-подростковых звеньев в региональных суицидологических службах.
4. Организацию регулярной просветительной работы по профилактике суицидального поведения в СМИ (ТВ, радио, Интернет).
5. Подготовку блока научно-методических материалов по предупреждению суицидального поведения для представителей различных специальностей.
6. Эффективность проведенных мероприятий подтверждается снижением частоты суицидов в стране на 30% по сравнению с «пиковым» 1995 годом.

Пономарев И. В.

УЗ «Витебская областная клиническая психиатрическая больница», Витебск

Атипичный нейролептик сертиндол в психиатрической практике: стратегия применения

В течение последнего десятилетия становится все более очевидным “наступление” новой генерации психофармакологических средств, получивших название атипичных нейролептиков. Об этом свидетельствует как возрастающее число научных публикаций, посвященных изучению этих средств, так и быстрый рост числа пациентов, которые переходят на лечение ими. Причем это происходит, несмотря на достаточно высокую стоимость данных лекарственных препаратов. Имеющийся мировой (в том числе и в нашей стране) клинический опыт подтверждает значительные преимущества атипичных антипсихотиков по сравнению с традиционными нейролептиками, чем, видимо, и объясняется столь быстрый темп роста их применения в психиатрии. Однако если во всем мире внедрение их носит почти революционный характер, в нашей стране этот процесс идет гораздо более медленными темпами и, прежде всего, сдерживается инертным и настороженным отношением к новому и слабой информированностью врачей в этой области.

Успехи фундаментальной науки и реальной клинической практики во многом способствовали происходящей в настоящее время смене воззрений на оценку результатов применения психотропных препаратов нового поколения. Одним из ключевых положений данной тенденции можно считать изменение целей терапии с преодоления негативных последствий течения заболевания или лечения психических расстройств на достижение ремиссии с высоким качеством жизни, или выздоровления. Одним из аспектов решения данной проблемы при применении антипсихотиков нового поколения является предотвращение обострений заболевания, которые являются основной прогрессирующей болезнью, что в свою очередь требует длительной и непрерывной поддерживающей терапии. Вместе с тем в условиях, когда пациенту необходимо в течение длительного времени принимать лекарственные препараты, возникает серьезная проблема полноценного соблюдения режима терапии. Это ситуация так называемого частичного комплаенса или отсутствия приверженности режима терапии, когда пациент не отказывается от приема препарата полностью, а допускает самостоятельное снижение дозы лекарственного средства, пропуски в его приеме на различные сроки и т.д., что очень быстро приводит к обострению психического заболевания.

Поэтому для смены парадигмы фармакотерапии, безусловно, требуются не только атипичные антипсихотики нового поколения, но и изменение стратегии их применения, которая должна быть направлена как на обеспечение эффективного воздействия на основные симптомы психического заболевания, так и на достижение эффективного контроля соблюдения режима терапии. Весьма вероятно, что качественному изменению ситуации, как представляется, может помочь атипич-

ный антипсихотик нового поколения сертиндол (сердолект). В нашей клиники сердолект применялся в 34 первичных случаях госпитализации, и накопленный опыт позволяет сделать следующие выводы.

1. Сертиндол является эффективным атипичным антипсихотиком с «мягким» профилем терапевтического эффекта и не уступает по эффективности галоперидолу.
2. Для достижения терапевтического эффекта требуется суточная доза 12мг.
3. Сертиндол оказывает не только антипсихотическое действие, но и существенно влияет на негативную симптоматику, нивелируя ее, повышая активность больного и, как следствие, выравнивает когнитивные процессы.
4. Сертиндол обладает минимальными побочными явлениями, что не снижает качество жизни больного и позволяет достичь комплайенса в плане проводимого лечения.

Протас И. И., Вельгин С. О., Щерба В. В.
РНПЦ эпидемиологии и микробиологии,
УЗ «Городская клиническая инфекционная больница», Минск

Диагностика и этиотропная терапия лайм-энцефалопатии

Подострая или хроническая энцефалопатия у больных Лайм-боррелиозом (ЛБ) проявляется постепенно развивающимися интеллектуально-мнестическими нарушениями. Связь их с ЛБ подтверждается отсутствием психических расстройств до заболевания ЛБ, более высокая их частота по сравнению с общей популяцией и эффектом антибактериальной терапии. Патогенез Лайм-энцефалопатий (ЛЭ) не вполне ясен. Предполагается непосредственное действие персистирующей спирохеты или влияние системного воспалительного ответа без вовлечения в инфекционный процесс ЦНС. Заметную роль отводят аутоиммунным механизмам, при которых инфекционный агент является лишь триггером начала хронического процесса. Это позволяет объяснить поражения белого вещества головного мозга при ЛЭ, обнаруживаемые на МРТ.

В 2001-2009 гг. нами наблюдалось 8 больных ЛБ в возрасте от 23 до 56 лет (41 ± 11), у которых в клинической картине заболевания на первый план выступал синдром энцефалопатии. Четверо из них указывали на факт присасывания клеща, трое - на развитие мигрирующей эритемы за год и более до развития симптомов поражения ЦНС. Остальные не вспоминали про клеща, однако часто бывали в природных очагах ЛБ. У всех больных в реакции непрямой иммунофлюоресценции определялись высокие титры антител к возбудителю ЛБ – 1:128 (2), 1:256 (2), 1:1024 (4).

У всех больных отмечались непостоянные головные боли, повышенная утомляемость и сонливость, рассеянность внимания. Несколько позднее присоединялись изменения психики в виде депрессии, немотивированной раздражительности, эмоциональной лабильности. Характерным являлось снижение кратковременной памяти. Некоторые больные применяли приспособительные приемы, продолжая работать, однако в ряде случаев увольнялись либо переходили на менее оплачиваемую работу. В неврологическом статусе имело место некоторая адинамия, асимметрия сухожильно-надкостничных рефлексов на уровне гемисиндрома, неустойчивость в позе Ромберга.

При рутинном исследовании ЦСЖ не выявлялись какие-либо отклонения, только в одном случае определялось повышение белка до 0,75 г/л.

МРТ головного мозга проведено 7 больным, в 5 случаях определялось умеренное расширение субарахноидальных пространств и углубление кортикальных борозд, а у трех больных – единичные либо множественные мелкие очаги в корково-подкорковых отделах и перивентрикулярно. У больной К. на МРТ головного мозга, сделанной в первый год заболевания, не выявлено изменений, а через 3 года на КТ наблюдались диффузные атрофические изменения головного мозга.

После курса антибиотикотерапии (цефтриаксон 2,0 внутривенно, 21-28 дней) отмечалось улучшение состояния и активизация больных.

Небольшое число наблюдений связано с междисциплинарным характером проблемы и различными подходами в определении понятия «энцефалопатия». Инфекционисты имеют виду «инфекционно-токсическую энцефалопатию», неврологи – «дисциркуляторную», «посттравматическую», «токсическую» и др., а психиатры – «психоорганический синдром». Так, в некоторых природных очагах России ЛЭ в структуре ЛБ занимает 7,2% (Лесняк О.М., 1995). В Беларуси ежегодно регистрируется 500-800 случаев ЛБ, что говорит о гиподиагностике ЛЭ.

Рассказова Е. И.

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Мотивация лечения как фактор течения болезни и субъективного благополучия при психических заболеваниях: результаты пилотажного исследования

Как в соматической медицине, так и в психиатрии расширяются представления об отношении к болезни как немаловажном факторе течения хронических соматических заболеваний (Leventhal, 2001, Petrie, Weinman, 1997). Особенно важен учет

данных факторов для прогнозирования состояния психически больных с нарушением осознания собственной болезни (когнитивного инсайта). Показано, что прогредивность заболевания и различные параметры адаптации больного связаны не только с эндогенными условиями и особенностями лечения, но и социально-психологическими факторами (поведением больного, семейной ситуацией, особенностями проживания и т.п., Гурович и др., 2004).

Э.Деси и Р.Райан на основе теории самодетерминации (Deci, Ryan, 2000) разработали и апробировали (Ryan et al, 1995, Williams et al, 1996, 1998) модель мотивации к лечению, предполагающую взаимодействие трех факторов: автономного (самостоятельного), конформного (с опорой на внешнее мнение) и безличного (случайного) принятия решения в отношении лечения. Однако, данная методика существует только в модификациях применительно к нескольким соматическим заболеваниям (программы снижения веса, алкоголизм, сахарный диабет и т.п.). На основе их данных нами была разработана методика локуса каузальности в отношении лечения, позволяющая выявить мотивацию к лечению при широком спектре заболеваний (соматических и психических). Апробация методики с использованием нормативной выборки (123 условно здоровых испытуемых) подтвердила ее высокую надежность, внешнюю и факторную валидность. Методика включает в себя следующие шкалы: автономный локус каузальности, внешний локус каузальности с опорой на врачей, внешний локус каузальности с опорой на окружающих, безличный локус каузальности, шкала отказа от лечения.

Пилотажное исследование данной методики на выборке 40 психически больных юношеского возраста (с диагнозами аффективных расстройств, вялотекущей шизофрении, приступообразной шизофрении на этапе становления ремиссии после первого приступа) выявило умеренную положительную корреляцию автономного локуса каузальности и конформного локуса каузальности с общей удовлетворенностью жизнью больных (шкала удовлетворенности жизнью, Diener et al, 1985), различными параметрами качества жизни (шкала качества жизни Q-Les-Q-18, Ritsner et al, 2005), приемом медикаментов (комплаенс). Безличный локус каузальности и отказ от лечения отрицательно коррелировали с приемом медикаментов и отрицательно коррелировали с избеганием как способом совладания с жизненными трудностями (опросник совладающего поведения COPE Inventory, Carver, Scheier, Weintraub, 1989).

Задачей исследования является выявление особенностей связи мотивации лечения с качеством жизни и особенностями течения заболевания у больных с аффективными расстройствами, вялотекущей и приступообразной формами шизофрении, а также сопоставление полученных данных с динамикой их состояния.

Рынков П. В., Кабанов В. А.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Показатели суицидального поведения населения г. Минска за период 2004-2008 г.г.

Число суицидов в общей популяции г. Минска за период с 2004 г. по 2008г. изменялось от максимального значения – 266 случаев в 2004 г. до минимального значения – 206 случаев в 2006 г. Число суицидов, совершенных в 2008 г., в сравнении с 2004 г., снизилось на 15,8%, с 266 до 224 случаев. За 5 лет (2004 г.–2008 г.) в г. Минске совершено 1135 суицидов, что составляет 8,0% от всех суицидов (14420), совершенных за тот же период в общей популяции республики. Среднегодовое абсолютное число суицидов в общей популяции г. Минска за период с 2004г. по 2008г. составило 227 (другие регионы – от 369,8 до 549,0).

Уровень суицидов за этот период изменялся от максимального значения – 15,1 случая на 100.000 населения в 2004 г. до минимального значения – 11,5 в 2006 г. Уровень суицидов в 2008 г., в сравнении с 2004 г., снизился с 15,1 до 12,4 случая на 100.000 населения. Среднегодовой уровень суицидов в общей популяции г. Минска составил 12,72 случая на 100.000 населения (Беларусь – 29,60; другие регионы от 25,60 до 40,26).

Число суицидов в популяции трудоспособного возраста за период с 2004 г. по 2008 г. изменялось от максимального значения – 204 случая в 2004 г. до минимального значения – 149 случаев в 2008 г. Число суицидов, совершенных в 2008 г., в сравнении с 2004 г., снизилось на 27,0%, с 204 до 149 случаев. За период с 2004 по 2008 гг. совершено 838 суицидов, что составляет 8,0% от всех суицидов (11085), совершенных в данной возрастной группе республики. Среднегодовое абсолютное число суицидов в данной популяции составило 167,6 (другие регионы от 284,6 до 426,2).

Уровень суицидов за этот период изменялся от максимального значения – 17,5 случая на 100.000 трудоспособного населения в 2004 г. до минимального значения – 12,2 в 2006 г. Уровень суицидов в 2008 г., в сравнении с 2004 г., снизился с 17,5 до 12,2 случая на 100.000 населения. Среднегодовой уровень суицидов в данной популяции составил 14,06 случая на 100.000 населения (Беларусь – 36,68; другие регионы от 34,28 до 47,64).

Приведенные данные свидетельствуют о следующем:

- в целом г. Минск является наиболее благополучным в отношении суицидального поведения населения регионом республики, что подтверждается приведенными статистическими показателями, и является следствием рационального построения структуры психиатрической (психотерапевтической, психологической) службы и эффективной организации ее работы;

- начиная с 2007г. в общей популяции г. Минска отмечается рост числа и соответственно уровня суицидов;
- стойкая тенденция снижения уровня суицидов отмечается в популяции трудоспособного возраста;
- число суицидов в популяции моложе трудоспособного возраста колеблется от 0 до 2 случаев с минимальным в республике среднегодовым уровнем суицидов в данной популяции – 0,32 на 100.000 населения и не свидетельствует о наличии тенденции роста;
- при наличии минимального в республике среднегодового показателя уровня суицидов в популяции старше трудоспособного возраста (18,4 на 100.000), отмечается рост числа суицидов в данной популяции в 2008 г.

В г. Минске возможно определенное снижение суицидальной активности населения, прежде всего за счет дальнейшей интеграции психиатрической и наркологической помощи в первичную медико-санитарную помощь с целью раннего выявления и лечения депрессий врачами-наркологами и врачами первичной медико-санитарной помощи в популяциях трудоспособного и старше трудоспособного возраста, а также, за счет межсекторального сотрудничества в области профилактики суицидов.

Савченков В. Н.

Управление по Могилевской области

Государственной службы медицинских судебных экспертиз, Могилев

Тяжелая женская агрессия

В настоящее время во всех странах наблюдается рост преступлений, совершаемых женщинами. Женская преступность в России за последние 20 лет увеличилась более чем в 3 раза, в Западной Европе и в США – в 4 раза. Прогрессивно возрастает доля женщин, совершающих насильственные преступления: убийства, причинение телесных повреждений, разбои и грабежи. Причем темп прироста насильственных преступлений среди женщин выше, чем у мужчин.

Нами проанализирована динамика тяжелой женской преступности на территории Могилевской области за последние 30 лет, с 1979 года по 2008 год. В работе использованы заключения судебно-психиатрических экспертиз женщин, совершивших убийства и причинивших тяжкие телесные повреждения, нередко закончившиеся смертью потерпевшего.

Анализ результатов исследования показывает, что за последние 30 лет происходит непрерывный рост тяжелой насильственной преступности, как среди мужчин, так и среди женщин. Выделяется только один период, 1984-1988 год, когда

наблюдался спад числа таких преступлений. Причем этот период как раз совпадает со временем государственного ограничения продажи спиртных напитков. В последние 5 лет мужчинами совершено 722 тяжких преступлений по сравнению с 294 в первое пятилетие анализируемого отрезка времени, что составило 245%. В то же время этот показатель у женщин равняется 565%. Впечатляет, что темп прироста тяжелых насильственных преступлений, совершенных женщинами, в разы превосходит таковой у мужчин.

Учеными приводятся разные, часто совпадающие причины бурного роста женской агрессивности. В основном они сводятся к следующим положениям: активное участие женщин в общественном производстве; ослабление социальных институтов, в первую очередь, семьи; повышение напряженности в обществе; рост антиобщественных явлений и снижение нравственного уровня социума. Почти всеми подчеркивается, как значимый фактор, тенденция «уравнивание полов – уравнивание агрессии». По мнению социологов, схема семейных отношений «слабый мужчина и сильная женщина» ведет к проявлениям женской агрессивности. Настоящая статья носит фактографический характер. Содержательный анализ является задачей будущего, но, тем не менее, по предварительным данным складывается впечатление, во многом совпадающее с литературными данными. Личности преступниц в каком-то плане дисгармоничны (от легких девиаций до психопатического уровня), их жизненный путь неровен, очень часто условием преступного поведения является алкоголизация. Преступления женщинами в основном совершались на почве семейно-бытовых конфликтов и неурядиц, интимных переживаний. В подавляющем большинстве случаев жертвами становились мужья (настоящие и бывшие) и сожители. На нашем материале за 30 последних лет не выявлено ни увеличения, ни снижения числа невменяемых женщин, совершивших насильственные деяния, при том, что в целом кривая криминогенности невменяемых повторяет таковую в популяции вменяемых, которая с годами растет (Савченко В.И и др., 2005). Что лежит в основе этого сказать пока затруднительно. Меры профилактики агрессивной женской преступности в литературе пока намечаются в общем плане. Отдельные авторы рассматривают это явление, как фатально неизбежное. Убийства, совершенные женщинами, это, в основном, супружеские убийства, и по этому поводу Шестаков Д.А., (1992) высказывал суждение, что «человечество пока не располагает средствами, способными прекратить всемирный процесс совершения супружеских убийств, как мужчинами, так и женщинами. Так уж устроено общество, что оно порождает и порождает известное число этих преступлений».

Семенов В. Н.

ГСМСЭ, отдел судебно-психологических экспертиз, Минск

Проблема судебно-психиатрической экспертной оценки диссоциального расстройства личности в уголовном процессе

Расстройства личности (РЛ) занимают ведущее место среди «психических аномалий», обнаруживаемых при производстве СПЭ в уголовном процессе. По данным российских авторов число лиц, у которых диагностируется РЛ, колеблется в широких пределах и составляет от 5 до 30% среди всех расстройств (Б. В. Шостакович, 2004). Такой широкий размах указывает, с одной стороны, на различия в подходах к диагностике РЛ, а, с другой – на общую сложность их выявления при проведении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) (М.Гельдер с соавт., 1999; Т.Б.Дмитриева с соавт., 2004; А.Б.Смулевич, 1999). Общей особенностью РЛ независимо от их клинической картины является наличие тотальной и стабильной дисгармонии в эмоционально-волевой сфере на фоне сохранного интеллекта, обуславливающей явления социальной дезадаптации. Большая распространенность РЛ в практике СПЭ может объясняться характерным для них достаточно высоким «криминотаксисом» (Г.В. Назаренко, 2002). Высоким «криминотаксисом» наряду с другими РЛ обладает диссоциальное расстройство личности (ДРЛ). Лица с ДРЛ значительно чаще других типов РЛ совершают правонарушения, направленные против личности. В зарубежной и отечественной СПЭ лица с РЛ признаются в большинстве случаев виновными (М.Гельдер с соавт., 1999; В.Раш, 1997; Б.В.Шостакович, 2004). Решение о невменяемости либо об ограниченной невменяемости принимается в случае выраженных динамических сдвигов «субпсихотического» и «психотического» уровня и явлений дезадаптации в период, относящийся к инкриминируемому деянию. ДРЛ в практике СПЭ, по данным российских судебных психиатров, встречается лишь в 5,3% случаев от общего числа всех РЛ (Т.Б.Дмитриева с соавт., 2004). В одном из исследований сотрудниками ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им.В.П. Сербского Росздрава» было показано, что наличие ДРЛ в 2,9% случаев обуславливало решение об ограниченной невменяемости и в 4,2% - о невменяемости (Т.Б.Дмитриева с соавт., 2004). Согласно результатам проведенного анализа практики СПЭ по уголовным делам в трех структурных судебно-психиатрических подразделениях ГСМСЭ Республики Беларусь в период с 2004 по 2007гг. среди 21021 человек, прошедших СПЭ, процент лиц с РЛ колебался в разные годы и в разных подразделениях в пределах от 2,3 до 17% случаев. ДРЛ по частоте диагностики среди других РЛ оказалось на втором месте и составило 370 (33,2%) случаев. Число мужчин с ДРЛ в 16,1 раза превышало количество женщин (соответственно, 354 (94,1%) и 22 (5,9%) случая). Среди 1087 человек с РЛ 1065 (98%) человек было признано виновными, 16 (1,5%) – уменьшено

вменяемыми и 6 (0,5%) - невменяемыми. За четыре года производства СПЭ в трех подразделениях ГСМСЭ был зарегистрирован лишь один случай признания лица с ДРЛ по сравнению с другими РЛ уменьшено вменяемым (при относительно высокой частоте его диагностики в практике СПЭ). В остальных случаях лица с ДРЛ признавались вменяемыми.

Полученные результаты, согласуясь до определенной степени с данными зарубежных и отечественных судебных психиатров в вопросах диагностики и экспертной оценке ДРЛ и иных РЛ, позволяют говорить о недостаточной разработанности критериев оценки меры осознанно-волевой регуляции поведения у лиц с ДРЛ и другими РЛ. С этим связана отчетливая тенденция к признанию лиц с РЛ вменяемыми в отношении инкриминируемых им деяний. Обнаруженный факт требует углубленного изучения трудностей, существующих при СПЭ лиц с РЛ, и выработки системы релевантных критериев для их оценки.

Семенова Т. С., Семенов В. Н.

Государственная служба медицинских судебных экспертиз, Минск

«Возрастная невменяемость» несовершеннолетних правонарушителей: теоретико-правовые проблемы и пути их решения

Особое положение среди уголовно-правовых норм, применяемых к несовершеннолетним правонарушителям, занимает ч.3 ст.27 УК Республики Беларусь, которую можно считать важным достижением на пути становления системы ювенальной юстиции. В ч.3 рассматриваемой статьи произошло разделение возраста уголовной ответственности на паспортный и психологический. При таком подходе к развитию несовершеннолетних правонарушителей должна была учитываться возможность расхождения между паспортным и психологическим возрастом в целях исключения объективного вменения. Однако предложенная законодателем формулировка ч.3 имеет ряд принципиальных недостатков, затрудняющих ее адекватное применение в практике комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) несовершеннолетних правонарушителей. Законодателем был использован термин «*отставание в умственном развитии*», который выделяет из целостного психического развития лишь один его аспект, и приводит к смешению с используемым в V главе МКБ-10 термином «*умственная отсталость*». В целях устранения данного недостатка термин «*умственное развитие*» следует заменить понятием «*психическое развитие*». Вторым принципиальным недостатком формулировки ч.3 является усеченная структура юридического критерия, не учитывающая важную роль *волевой регуляции* при организации и проявлении различных форм поведения человека. Еще

одним важным недостатком ч.3 ст.27 УК следует считать отсутствие пункта, который бы отдельно оговаривал применение к несовершеннолетним с юридически значимым отставанием в умственном развитии специальных мер воспитательного характера, направленных на коррекцию имеющегося недостатка в умственном развитии и связанных с ним противоправных форм поведения.

Необходимость законодательного закрепления изменений и дополнений в формулировке ч.3 ст.27 УК, о которых речь шла выше, уже давно назрела в практике КСППЭ несовершеннолетних правонарушителей, проводимых в различных подразделениях судебно-психиатрической экспертизы ГСМСЭ Республики Беларусь. Так, в период с 2006 по 2008гг. в трех судебно-психиатрических подразделениях ГСМСЭ было проведено 1086 судебно-психиатрических экспертиз и КСППЭ в отношении несовершеннолетних правонарушителей, при этом ни в одном из этих заключений не использовалась ч.3 ст.27 УК. Подобное положение дел свидетельствует не столько о том, что подростки, проходившие КСППЭ, не имели проблем в психическом развитии, сколько о том, что существующая в настоящем виде норма ч.3 ст.27 УК, вследствие имеющихся недостатков, не может без их устранения использоваться при проведении КСППЭ.

Таким образом, несмотря на прогрессивный с точки зрения ювенальной юстиции характер нормы ч.3 ст.27 УК Республики Беларусь, она имеет ряд принципиальных недостатков, которые препятствуют ее адекватному и эффективному применению при производстве КСППЭ несовершеннолетних правонарушителей, что, в свою очередь, приводит к резкому увеличению числа случаев объективного (невиновного) вменения по целому ряду уголовных дел несовершеннолетних, где фактически отсутствует субъект преступления.

Скасевич Н. П., Бычек В. В, Козодой В. В, Русак М. С.

УЗ «Брестский областной психоневрологический диспансер»,

УЗ «Брестская областная психиатрическая больница «Могилевцы»

Реабилитация лиц с психическими расстройствами на современном этапе

Лечение душевно больных людей без больничной койки и медикаментов сохраняет свою актуальность со второй половины 19 века. За это время проведены многочисленные научные исследования, подтверждающие эффективность реабилитационных мероприятий, издан ряд нормативных документов, неоднократно менялись структурная и организационная модели предприятий, на базе которых осуществлялась реабилитация лиц с психическими расстройствами. Однако, на сегодняшний день, в нашей республике нет единой стройной системы восстановления трудоспособности хронических психических больных.

В Брестской области реабилитацией лиц с психическими расстройствами, за исключением психиатрических стационаров, занимаются лечебно-производственные мастерские (ЛПМ). Являясь коммунальными унитарными предприятиями, лечебно-производственные мастерские испытывают серьезные финансовые проблемы. Во время прохождения трудовой терапии, за выполнение работы, пациентам выплачивается вознаграждение, согласно расценок, действующих на предприятии. Ранее данное вознаграждение не облагалось подоходным налогом. Согласно Закона «О подоходном налоге с физических лиц» в редакции Закона от 13.11.2008 г. №449-3 вступившего в силу с 01.01.2009 г. вознаграждение подлежит налогообложению в размере 12%.

Основная часть пациентов имеет группу инвалидности, но им не предоставляется стандартный налоговый вычет 250, 350 тыс. рублей, так как участие в прохождении трудовой терапии не является основным местом работы. Зачисление в штат предприятия данной категории работников практически невозможно, так как по состоянию здоровья они не могут принимать постоянное участие в трудовом процессе, соблюдать нормы трудового законодательства. Нормы выработки для данных лиц не устанавливаются, а время прохождения трудовой терапии не включается в трудовой стаж пациентов.

Кроме того в законодательных актах, на основании которых предприятиям предоставляются льготы, предприятия именуются по-разному (лечебно-производственные мастерские при психиатрических больницах, лечебно-производственные мастерские (трудовые) мастерские Министерства здравоохранения и др.), в связи с этим наименование предприятия приходится подтверждать другими документами.

С целью дальнейшего развития лечебно-производственных мастерских и обеспечения устойчивой медико-профессиональной реабилитации инвалидов по психическому заболеванию считаем целесообразным:

1. разработать на республиканском уровне нормативные правовые акты по лечебно-производственным мастерским, которые будут регламентировать правовую и юридическую стороны их функционирования, взаимодействие с другими ведомствами, налогообложение, порядок привлечения больных к трудовой деятельности в условиях ЛПМ, начисления им трудового стажа, вознаграждения за работу и пр.;
2. организовать централизованный сбыт швейной продукции производимой ЛПМ в масштабах республики, так как в настоящее время имеет место проблема сбыта;
3. организовать новые виды производства в ЛПМ с учетом потребности внутреннего рынка республики.

Эти и другие предложения необходимо учесть при разработке проекта Концепции реабилитации лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами.

Скаскевич Н. П.

УЗ «Брестский областной психоневрологический диспансер», Брест

Служба охраны психического здоровья Брестской области – от съезда к съезду

С 2001 года численность постоянного населения области сократилась на 44,1 тыс. человек, с 1477,2 тыс. в 2001 году до 1433,1 тыс. в 2009.

На фоне отрицательной динамики численности населения области отмечается ежегодный рост числа лиц с в впервые установленным диагнозом психического расстройства. В сравнении с 2001 годом заболеваемость населения области возросла на 34%, с 452,4 до 610,4 на 100 000 населения.

Всего в 2001 году психиатрической службой области наблюдалось 34289 человек (диспансерное и консультативное наблюдение), по состоянию на 01.01.2009 наблюдается 36983 человек.

Общая заболеваемость населения тоже возросла, но намного меньше, чем первичная заболеваемость: с 2321,2 на 100 000 населения в 2001 году, до 2580,7 в 2008 году или на 11%.

Выход на инвалидность за анализируемый период времени не изменился и составляет 1,2 на 10 000 населения.

Полустационарная психиатрическая помощь в области оказывается в дневных стационарах (ДС). Число мест ДС в 2001 году – 310 (22,7% от стационарных коек), было пролечено 3190 больных, что составило 34% от пролеченных стационарно. По состоянию на 01.01.2009г. ДС насчитывают 295 мест, (30,5% от стационарных коек), на которых в 2008 году пролечено 4735 больных, что составило 53% от пролеченных стационарно. Сегодня обеспеченность местами в дневных стационарах в Брестской области выше в сравнении с другими областями.

Объем стационарной психиатрической помощи за анализируемый период времени уменьшился: за 2001 год на 1230 стационарных койках было пролечено 9327 больных, за 2008 год на 965 койках пролечено 8912 (на 4,5% меньше). При этом эффективность использования коечного фонда возросла: средняя длительность лечения снизилась на 13 дней или на 26,4% (с 49,7 до 36,6 дня), оборот койки увеличился с 5,7 до 9,2 (на 38%) при неизменной занятости койки в году – 341 день.

Получила широкое развитие новая форма работы – оказание помощи пациентам мультидисциплинарной бригадой. В области создано и функционирует 15 мультидисциплинарных бригад. Вследствие осознания необходимости оказания психиатрической службой психосоциальной помощи, в том числе и в рамках бригадной формы помощи, в штатные расписания психиатрических организаций введены и укомплектованы физическими лицами должности юристов и социальных работников.

На базе психоневрологических диспансеров организована и успешно функционирует служба экстренной психологической помощи «Телефон доверия». Боль-

шое внимание специалистами психиатрической службы уделяется предупреждению самоубийств и психообразовательной работе с населением, т.е. той работе, которая ранее выполнялась достаточно формально.

Ресурсное обеспечение психиатрической службы тоже претерпело изменения. Мощность психиатрических стационаров снизилась на 395 коек или на 29% и составляет 965, что соответствует нормативу обеспеченности.

Число специалистов психиатрической службы изменилось: психиатров уменьшилось со 114 до 99 врачей, психотерапевтов увеличилось с 6 до 16, психологов также увеличилось с 6 до 30 человек. Категорийность врачей-психиатров возросла с 65 до 79%.

Таким образом, за анализируемый период времени, на фоне снижения численности населения области наблюдается рост первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, при этом общая заболеваемость возросла незначительно, показатель выхода на инвалидность не изменился, делается акцент на стационарзамещающие виды помощи с применением бригадной формы работы. Анализируя вышесказанное можно сделать вывод, что служба охраны психического здоровья Брестской области работает эффективно и свою миссию выполняет.

Скворцов Н. Л.

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

Психологическая адаптация студентов к обучению в медицинском вузе

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования выявляют высокую заболеваемость студенческого контингента, широкую распространенность психоневрологических и психосоматических расстройств (Л.Я.Рубина, 1981; Б.А.Бараш, 1983; А.А.Чазова, 1998). Гораздо реже рассматриваются причины, способствующие их появлению и разрабатываются возможности психологической и психотерапевтической помощи студентам (А.И.Захаров, 1989; Н.И.Влах, 1999).

В течение всего периода обучения (с 1-го по 6-ой курс) наблюдались в динамике 372 студента лечебного факультета СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, статистические методы исследования, а также учитывались результаты ежегодной диспансеризации студентов. Среди наблюдавшихся студентов 28%составляли мужчины, 72%-женщины. Из 372 студентов, поступивших на 1-ый курс, закончили обучение 238 студентов, что составило 64% от числа поступивших. 134 студента (36%) пре-

кратили обучение по различным причинам. Наибольшее число прекративших обучение было на 1-ом курсе – 78 чел. (52% от всех отчисленных).

Было установлено, что большинство студентов, закончивших обучение, имели средние (82%) и высокие (13%) оценки по уровню социально-психологической адаптированности к актуальным жизненным проблемам, к специфическим условиям обучения в медицинском ВУЗе.

Проведен сравнительный анализ успешно закончивших и прекративших обучение студентов.

Психологический анализ проблем студентов, обучающихся в медицинском ВУЗе, позволил выделить четыре группы проблем, с которыми сталкиваются будущие врачи на различных этапах процесса обучения.

Первой группой психологических проблем, с которыми сталкивается студент, является своеобразная “ломка” прежних юношеских стереотипов.

Вторая группа проблем объясняется спецификой самого студенческого возраста; трудностями самоопределения, построения дальнейших жизненных планов и перспектив, началом самостоятельной или семейной жизни, часто с отрывом от родительской семьи, материальными, жилищными, бытовыми проблемами, расширением круга общения, выполнением новых социальных ролей, легализацией сексуальных отношений, “расширением ролевого репертуара”.

Третья группа проблем, в соответствии с данными лонгитюдного наблюдения, возникает на старших курсах обучения в медицинском ВУЗе в связи с началом общения с больными, включением в лечебно-диагностический процесс под наблюдением преподавателя-врача и касается преимущественно эмоциональных аспектов взаимодействия с пациентами в рамках складывающегося профессионального общения “врач-больной”.

Четвертая группа проблем, выявленных в ходе проведенного исследования, может быть обозначена как проблема формирования “профессионального имиджа” как важного инструмента врачебной деятельности. Одним из его значимых элементов является уверенность поведения врача. При любых, самых неожиданных, опасных ситуациях, как бы ни был врач напуган, шокирован, он не должен показывать своей растерянности больному.

С проблемой адаптации студентов к условиям профессиональной деятельности тесно связана проблема профессиональной деформации, когда больной воспринимается как анонимное физическое “тело”, часть которого нуждается в терапии. Проблема заключается в том, что теряется (или не формируется) отношение к пациенту как к личности с ее уникальным психологическим миром, специфической внутренней картиной болезни и вытекающими из нее особенностями эмоционального реагирования, с особенностями “психологической защиты” и “совладающего поведения”, с индивидуальными психологическими реакциями на стресс. В рамках профессиональной врачебной деформации может возникать своеобраз-

ное “ветеринарное” отношение к больному, которое ведет к утрате психологического контакта и разрушению доверительного отношения пациента к врачу.

Обсуждаются вопросы организации работы службы психологической поддержки студентов, методы психологической и психотерапевтической коррекции.

Склема В. Н., Сущеня Ю. П., Кочетова Г. В.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Организация и задачи принудительного лечения в ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Актуальным остается вопрос о значительной опасности больных, страдающих психическими заболеваниями, которые представляют явную опасность для окружающих и зачастую требуется их изоляция.

В ГУ «РНПЦ психического здоровья» организовано принудительное лечение лиц с обычным режимом наблюдения в соответствии с главой 14 Уголовного кодекса и Законом Республики Беларусь “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

На основании этих документов разработано и утверждено “Положение о порядке применения мер безопасности и лечения в ГУ «РНПЦ психического здоровья» в отношении граждан, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния”.

По половому составу, среди проходивших принудительное лечение, преобладают мужчины, соотношение – 5 к 1-му.

По количеству пациентов, получивших принудительное лечение, отмечается небольшое снижение с 163 чел. в 2005 году до 128 чел. в 2008 году. Из 128 (2005г. – 163) пациентов, завершивших принудительное лечение, мужчин было – 105 (2005г. – 148), женщин – 23 или 18,0% (2005г. – 15 или 9,2%), ими проведено – 47006 (2005г. – 37368) койко-дней. Средняя длительность пребывания на принудительном лечении в больнице – 367,2 (2005г. – 227,9) дня. На 01.10.2009г. на принудительном лечении в РНПЦ находится 131 (на 01.10.2006г. – 161) больной. Из них 104 (2005г. – 130) мужчины и 27 (2005г. – 31) женщин.

По нозологии преобладают: шизофрения – 64 чел. или 48,9%, умственная отсталость – 32 чел. или 24,4%, деменция – 19 чел. или 14,5%, алкогольная зависимость – 11 чел. или 8,4%, прочие – 5 чел. или 3,8%.

Осуществление принудительных мер медицинского характера в стационаре предполагает комплексное применение различных методов лечебного воздействия. Биологическую терапию, занимающую ведущее место, как правило, сочетают с психотерапией и мероприятиями по социально-трудовой реабилитации. Соотношение данных методов зависит, прежде всего, от стадии болезненного

процесса. Так, в острый период заболевания основная роль отводится медикаментозному лечению. По мере уменьшения остроты состояния, обратного развития психопатологических расстройств большее значение приобретают психотерапевтические методы, меры социальной реабилитации и восстановление трудовых навыков.

При проведении принудительного лечения психофармакотерапия, как правило, носит комбинированный характер. Оправданность такого подхода обоснована прежде всего спецификой контингента больных, у которых вместе с влиянием психогенных факторов следует отметить относительно большую частоту случаев сочетанной патологии (органически неполноценная почва, склонность к злоупотреблению алкогольными напитками и т.д.). Причем именно эти факторы зачастую являются провоцирующими при совершении общественно опасных деяний.

Социально-реабилитационное направление в последние годы стало приоритетным в практике принудительного лечения. Психосоциальная реабилитация и психосоциальная терапия в психиатрии всегда занимали важнейшее место в системе психиатрической помощи. Под психосоциальной реабилитацией понимают восстановление, формирование недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы у психически больных, обеспечивающих их интеграцию в обществе.

Каждые 6 месяцев все больные, находящиеся на принудительном лечении, освидетельствуются специальной врачебной комиссией, которая рассматривает вопрос о необходимости продолжения или прекращения принудительного лечения.

Эффект принудительного лечения в отношении предотвращения повторных общественно опасных действий предусматривает: поддерживающее лечение, непрерывность и преемственность в наблюдении между стационарным и внебольничными звеньями психиатрической помощи. Специальный учет и особый режим ведения больных, представляющих общественную опасность, требует активного участия правоохранительных органов.

Таким образом, психофармакотерапия является важнейшим, но не единственным методом лечения при осуществлении принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами. Решение основных задач принудительного лечения возможно, если будут соблюдены следующие принципы биологической терапии:

- комплексность, которая предполагает постоянное сочетание медикаментозного лечения с психотерапией и социально-трудовой реадaptацией;
- клиническая обоснованность и дифференцированность при выборе терапевтической тактики;
- динамический подход с учетом происходящих изменений и тенденций развития психопатологической симптоматики под влиянием проводимого лечения;
- длительность и непрерывность терапевтического воздействия.

Скугаревская М. М., Сакович С. Л.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Выявление риска развития психоза среди призывников

Проблема преморбидных особенностей личности и продрома шизофрении издавна находилась в поле зрения психиатров, а в последние годы интерес к этому вопросу существенно возрос. Используются различные термины для описания состояний высокого риска развития психоза: продром, препсихоз, гипопсихоз, at risk mental state. На начальных этапах шизофренического процесса выделяют преморбидную стадию, продромальную стадию и первый эпизод болезни. Преморбидная фаза в большинстве случаев асимптоматична, но у некоторых пациентов могут наблюдаться небольшие, стойкие «нейроонтогенетические» нарушения в моторном, социальном и/или интеллектуальном функционировании. Продромальные симптомы проявляются у 80-90% больных шизофренией за 1-2 года до первого приступа. Обычно вначале появляются неспецифические и негативные симптомы, а затем слабовыраженные продуктивные симптомы. За 4-6 месяцев до клинической манифестации заболевания количество и выраженность симптоматики увеличивается, характерны шизофреноподобные феномены (идеи отношения, необычные или чужие мысли и др.), хотя сохраняется критичность к ним. Когда критика подвзляется, как правило, развивается психоз.

Возможность идентификации людей, находящихся в группе риска развития психоза (шизофрении) желательна как с прикладной целью профессионального отбора, определения годности к службе в армии, так и с целью раннего вмешательства и предотвращения развития психоза. В связи с отсутствием на данный момент доступных валидизированных методик выделения пациентов в «группу риска» можно предложить использование следующих критериев в клинической практике: наличие «ослабленных негативных симптомов» (измененность эмоционально-волевой сферы, снижение эмоциональной выразительности, неяркость реакций, формальность мышления, признаки искажения процессов мышления), шизоидные черты личности, нарушения социальной адаптации (социальная изоляция, избегание, нарушения ролевого функционирования, отчисление из учебных заведений). При этом степень выраженности симптомов не достигает уровня, когда можно было бы выставить диагноз шизофрении. Сделан акцент на негативных симптомах, так как они преимущественно характеризуют раннюю продромальную фазу.

Среди пациентов, проходивших обследование по направлениям РВК в июне – августе 2009, выделено в «группу риска» было 16, средний возраст $20,1 \pm 1,8$ года. Большинство из них впервые попадали в поле зрения психиатра, в 2 случаях были обращения к психиатру в подростковом возрасте в связи с нарушением сна, тревогой, поведенческими нарушениями. В одном случае имелась наследственная отягощенность по шизофрении. Три пациента предъявляли жалобы на раздражительность, 4 пациента отмечали нарушения сна в последние годы, 2 пациента

отмечали повышенную тревогу. 8 пациентов оставили учебу в высших и средних учебных заведениях, объясняя это тем, что «не понравилось», «просто не ходил на занятия». Три пациента в подростковом возрасте наблюдались наркологом.

Учитывая отсутствие специфической рубрики в МКБ-10 для данного рода нарушений, диагноз формулировался на основании доминирующих симптомов (как правило, из раздела невротических и связанных со стрессом расстройств).

Скугаревская Е. И., Балашов А. Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Принудительные меры безопасности и лечения невменяемых лиц, страдающих шизофренией, и динамика симптомов шизофрении

Принудительные меры безопасности и лечения (ПМБЛ), исходя из определения, не являются сугубо медицинскими мероприятиями, а имеют двойственный характер – как медицинский, так и юридический. Несмотря на это, основное содержание этих мер в настоящее время все же сводится к направлению лиц, признанных невменяемыми, в психиатрические учреждения, с возложением ответственности за законопослушное поведение пациентов на врачей психиатров.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить вероятность совершения повторного общественно опасного деяния (ООД) невменяемыми лицами, страдающими шизофренией, исходя из динамики симптомов шизофрении (СКШ) за время применения ПМБЛ стационарного типа.

■ ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лица, страдающие шизофренией, совершившие ООД, к которым применялись ПМБЛ стационарного типа.

■ ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Динамика степени выраженности среднего балла отдельных СКШ (PANSS) за время применения ПМБЛ.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объем исследования охватил 211 лиц, страдающих шизофренией, совершивших ООД, которые были распределены в следующие группы: 1) основная группа - лица, страдающие шизофренией, совершившие повторное ООД ($N=100$); 2) группа сравнения - лица, страдающие шизофренией, совершившие однократное ООД ($N=111$).

■ ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Про- ретроспективное, сравнительное, когортное.

В качестве статистических методик использовались критерий Пирсона - χ^2 и расчет показателей отношения шансов (Odds Ratio - OR). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка динамики степени выраженности СКШ во время применения ПМБЛ показала, что:

1. за время применения ПМБЛ стационарного типа для группы лиц с однократными ООД было характерно отсутствие статистически значимого снижения степени выраженности таких СКШ (PANSS), как «Галлюцинации» (OR = 14,81), «Подозрительность, идеи преследования» (OR = 5,08), «Эмоциональная отгороженность» (OR = 17,06), «Трудности в общении» (OR = 15,65), «Пассивно-апатическая социальная отгороженность» (OR=16,43), «Моторная заторможенность» (OR = 24,13);
2. в группе лиц с однократными ООД на момент окончания применения ПМБЛ стационарного типа степень выраженности симптомов «Бред» ($\chi^2=5,18$; $p<0,01$), «Расстройства мышления» ($\chi^2=12,04$; $p<0,001$), «Идеи величия» ($\chi^2=6,21$; $p<0,05$), «Подозрительность, идеи преследования» ($\chi^2=6,11$; $p<0,05$), «Эмоциональная отгороженность» ($\chi^2=21,38$; $p<0,001$), «Трудности в общении» ($\chi^2=23,45$; $p<0,001$), «Пассивно-апатическая социальная отгороженность» ($\chi^2=27,29$; $p<0,001$), «Чувство вины» ($\chi^2=8,12$; $p<0,05$), «Моторная заторможенность» ($\chi^2=45,67$; $p<0,001$), «Загруженность психическими переживаниями» ($\chi^2=10,97$; $p<0,05$) была достоверно выше, чем степень выраженности этих же симптомов в группе лиц, страдающих шизофренией, совершивших повторное ООД на момент начала применения к ним ПМБЛ, связанных с совершением второго, третьего и четвертого ООД;
3. за время применения ПМБЛ стационарного типа для лиц с повторными ООД было характерно отсутствие статистически значимого снижения степени выраженности таких СКШ (PANSS), как «Галлюцинации» (OR = 14,81), «Идеи величия» (OR = 7,07), «Чувство вины» (OR = 11,87), при статистически значимом снижении степени выраженности остальных рассматриваемых СКШ.

■ ВЫВОДЫ

Результаты проведенного нами исследования не выявили прямой зависимости между снижением степени выраженности СКШ во время применения ПМБЛ стационарного типа и фактом совершения повторного ООД у невменяемых лиц, страдающих шизофренией. Риск совершения повторного ООД был сопряжен с высокими значениями вербальной и гетероагрессии (OR=31,28) вне зависимости от степени выраженности сопутствующих симптомов болезни.

Скугаревский О. А., Мельгуй С. Л.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Эффективность комплексной терапии больных с нарушениями пищевого поведения (по данным катamnестического наблюдения)

Нарушения пищевого поведения (НПП) представляют собой актуальную область клинической психиатрии, бросающую вызов как профессиональной компетенции специалистов, так и этической зрелости системы оказания помощи. На основании системного динамического наблюдения 168 больных НПП (с учетом клинических, биологических, антропометрических и психосоциальных характеристик) нами был сформирован комплекс специализированных диагностических и лечебных технологий, ориентированный на достижение значимых терапевтических целей при НПП. Он включал: двухэтапное клиническое интервью, мотивирующее интервью, оценку степени биопсихосоциальной дисфункции, динамический контроль тяжести состояния пациентов с учетом выделенных значимых клинико-биологических маркеров, пищевая реабилитация, психообразовательные и психотерапевтические вмешательства (когнитивно-бихевиоральный подход, гештальт-терапия, телесно ориентированная терапия, семейная психотерапия).

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности комплексной терапии больных, страдающих НПП, при катamnестическом наблюдении.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное катamnестическое наблюдение были включены 34 пациентки, страдающих НПП, продолжительностью до 131 месяца от момента постановки диагноза (медиана - 62 месяца). Методы статистического анализа: критерий Вилкоксона для парных выборок, анализ выживаемости Каплана-Мейера.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Предложенный комплекс лечебно-диагностических технологий позволил достичь у пациенток: нормализации массы тела ($p=0,001$), дезактуализации сверхценного характера отношений к массе ($p=0,006$) и форме собственного тела ($p=0,008$), коррекции искажений образа собственного тела ($p=0,001$); уменьшения выраженности специфической симптоматики, характерной для нарушений пищевого поведения по данным шкал как ориентированных на респондентов (ОПП-26), так и на исследователя (EDE) (в частности, субшкалы «Нарушение пищевого поведения» ($p<0,001$), «Самоконтроль пищевого поведения» ($p<0,001$), «Озабоченность образом тела» ($p=0,005$), «Социальное давление в отношении пищевого поведе-

ния» ($p=0,003$), приверженность диетическим ограничениям ($p<0,001$); «Ограничения в еде» ($p=0,017$), «Беспокойство о еде» ($p=0,010$), «Беспокойство о фигуре» ($p=0,008$), «Беспокойство о весе» ($p=0,005$), «Булимия» ($p=0,005$); ослабления выраженности феноменов «голодного поведения» в структуре отклоняющегося пищевого поведения (факторы опросника «голодного поведения»: «Манеры поведения» ($p=0,033$), «Запасание пищи» ($p=0,040$)); «оздоровления» системы самооценки за счет уменьшения «невротического разрыва» между уровнями притязаний и самооценки ($p<0,01$); ослабление груза общей психопатологической симптоматики с наибольшим эффектом в отношении соматизации ($p=0,005$), межличностной сензитивности ($p=0,011$), депрессивных переживаний ($p=0,007$). Эффективность использованного комплекса диагностических и лечебных технологий при нарушениях пищевого поведения подтверждена стабильным характером улучшения состояния у половины обследованных больных за период 27,2 месяцев наблюдения, что лучше по сравнению с известными в мировой практике терапевтическими стратегиями.

Сукиасян С. Г., Маргарян С. П., Манасян Н. Г., Киракосян А. Л.,
Бабаханян А. А., Погосян А. Н., Ордян М. М.
Центр психического здоровья «Стресс», Ереван, Армения

Психиатрические аспекты общего состояния пациентов диагностического центра: соматизированные психические расстройства

В рамках изучения аффективных и обусловленных стрессом психических расстройств нами было проведено комплексное клиничко-психопатологическое и психологическое исследование пациентов, обратившихся с целью обследования в медицинское объединение «Диагностика».

С целью разработки механизмов и методов раннего выявления указанных психических нарушений в качестве одного из аспектов становления психической патологии (на основании наших ранних исследований [1]) мы применяли «Определяющий опросник астении, депрессии и ипохондрии», направленный на выявление в общесоматической сети пациентов с соматизированными психическими нарушениями.

На выборочным методом было обследовано 122 пациента. О патологическом характере исследуемых нарушений свидетельствует уровень в 7 и более баллов по каждому из опросников. О соматизации нарушения свидетельствует коэффициент равный 21 и более баллов [2].

Патологический уровень астении обнаружили 73 пациента (59,8%), депрессии – 51 пациент (41,82%) и ипохондрии – 25 пациентов (20,45%). Средний уровень астении составлял $9,18 \pm 0,21$ (p 0.41), депрессии – $9,70 \pm 0,27$ (p 0.56), ипохондрии – $8,84 \pm 0,33$ (p 0.69). Коэффициент соматизации составлял $26,02 \pm 0,51$ (p 1,05) и был больше 21 балла у 44 пациентов (36,06%).

Из вышеизложенного следует, что в общесоматической сети на уровне специализированного диагностического учреждения, куда обращаются пациенты с различными формами недомогания (соматическими и психическими), почти 60% обследованных обнаруживают астенические проявления, 40% проявляют депрессивные симптомы и каждый пятый (20%) проявляет озабоченность своим здоровьем на уровне невротической (небредовой) ипохондрии. Кроме того, более трети пациентов (36%) обнаруживают расстройства соматизированного круга как в «чистой», так и в коморбидной форме. Интересно заметить, что такой же коэффициент соматизации (26 баллов) был обнаружен у пациентов центра «Стресс», обследованных теми же методами, хотя соматизированные расстройства там обнаруживали в два раза больше больных (74%).

Сукиасян С. Г., Маргарян С. П., Манасян Н. Г., Киракосян А. Л., Бабаханян А. А., Погосян А. Н., Ордян М. М.
Центр психического здоровья «Стресс», Ереван, Армения

Структура начального «синдрома недомогания» у пациентов диагностического центра

С целью изучения характера и структуры психических расстройств у пациентов диагностического центра был применен разработанный нами «Направляющий опросник пациента» [1], рекомендуемый для исследования соматоформных нарушений.

Было обследовано 122 пациента, которые проявляли беспокойство по поводу здоровья задолго до обращения в диагностический центр. Состояние беспокойства по поводу здоровья до обращения в специализированную клинику мы условно назвали «синдромом недомогания». Более половины пациентов (73 наб., 74,48%) «синдром недомогания» отмечали в среднем на протяжении $6,32 \pm 0,92$ года. У 22 пациентов (22,45%) «синдром недомогания» стал наблюдаться в среднем за $4,15 \pm 0,51$ месяцев. При этом всего у 3-х пациентов (3,06%) беспокойство возникло за 7-15 дней до обращения к врачу. То есть пациенты чаще всего игнорировали и недооценивали значение своих недомоганий и обращались за специализированной помощью в среднем спустя 6 лет.

Полученные с помощью опросника данные нами были ранжированы следующим образом: алгические сенсации, вегетативные сенсации, нарушения энергетиче-

ки и собственно психические расстройства. Полученные нами данные показали, что у пациентов диагностического центра доминируют, прежде всего, алгические сенсации: у них чаще отмечались болевые ощущения в желудке (57 набл., 51,9%), спине (79 набл., 64,75%), голове (89 набл., 72,95%), сексуальные дисфункции (12 набл., 9,84%) и менструальные нарушения (23 набл., 27,05% женщин). Вегетативные нарушения выявлялись чаще всего в виде желудочно-кишечных и мочеполовых дисфункций и нарушений (запоры, поносы или частые мочеиспускания) – 60 набл., 49,18%.

Нарушения «энергетики» в виде упадка сил, усталости, снижения уровня бодрствования отмечались у 100 пациентов (81,97%), нарушения сна у 74 пациентов (60,66%). Из психических нарушений отмечались пониженное настроение с подавленностью (84 набл., 68,85%), ангедонические расстройства (86 набл., 70,49%), чувство тревоги или нетерпения, «нервозность» (85 набл., 69,67%), внезапные приступы страха или паники за последний месяц (47 набл., 38,52%).

Данный опросник позволяет определить характер «синдрома недомогания». Анализ полученных данных свидетельствует, что соматическая составляющая синдрома в среднем составляла $7,88 \pm 0,28$ балла, а психическая составляющая – $2,44 \pm 0,12$. При этом уровень депрессивной составляющей составлял $1,39 \pm 0,07$ балла, а тревожной – $1,06 \pm 0,07$.

Субъективно пациенты диагностического центра (70 набл., 54,38%) свое состояние оценивали как удовлетворительное.

Суценья Ю. П., Осипчик С. И.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Направления маркетинга медицинских услуг в условиях ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Маркетинг – это

- научно разработанная концепция анализа и учета требований потребителей, требований конкретного сегмента рынка и разработка, в соответствии с выявленными требованиями, нового товара (новой услуги);
- это система организации по реализации услуги, включая меры по стимулированию и рекламе;
- это система каналов, по которым происходит продвижение товара (услуги) к потребителям.

Маркетинг в условиях ГУ «РНПЦ психического здоровья» охватывает совокупность организационно-экономических функций, связанных с реализацией комплекса медицинских и немедицинских услуг. В условиях рыночной концепции управления методология маркетинга Центра направлена на удовлетворение

потребностей в услугах отрасли профилактики и охраны психического здоровья. Цели маркетинга – обеспечение рентабельности производства медицинских и немедицинских услуг, достижение экономической эффективности от их реализации за приемлемое время и в пределах имеющихся возможностей.

Возможности реализации услуг зависят от действия целого комплекса факторов: формирования цен на медицинские и немедицинские услуги, лекарственные препараты, соотношения спроса и предложения на амбулаторное и стационарное обслуживание в целевой аудитории потребителей. С точки зрения маркетинга, потенциальный целевой рынок состоит из совокупности сегментов потребителей со схожими потребностями в отношении конкретного товара или услуги, достаточными собственными финансовыми ресурсами, а также готовностью покупать предлагаемые услуги. Для определения потребности целевых рынков и их удовлетворения организация может использовать следующие методы: массовый маркетинг; сегментацию рынка; множественную сегментацию рынка.

Для ГУ «РНПЦ психического здоровья» предпочтительна множественная сегментация с ориентацией на несколько сегментов рынка с созданием стратегических каналов на каждом сегменте рынка. В результате этого возникают условия для использования организацией диверсифицированной деятельности по целевому потребителюскому назначению. Таким образом, в связи с учетом особенностей положения ГУ «РНПЦ психического здоровья» на рынке медицинских услуг и формирующимся потребительскими целевыми группами возможны следующие направления по предложению медицинских услуг:

- оказание стационарных социально-паллиативных медицинских услуг геронтологическим пациентам и членам их семей,
- оказание услуг по лабораторной диагностике,
- оказание стационарной социально-медицинской услуги психиатрическим пациентам,
- оказание услуг по психиатрическому обследованию граждан без медицинских показаний,
- оказание услуг по анонимной стационарной реабилитации пациентов с различными видами зависимостей.
- оказание амбулаторных консультативных услуг пациентам с поведенческими проблемами и членам их семей,
- оказание стационарных медицинских услуг по восстановлению эмоционального баланса пациента.

В соответствии с заданными направлениями в ГУ «РНПЦ психического здоровья» координируются соответствующие шаги по продвижению данных услуг в целевые группы потребителей (внешний маркетинг) и по подготовке технологических условий для предоставления высококачественной медицинской услуги (внутренний маркетинг).

Толканец С. В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель

Некоторые организационные аспекты практической суицидологии

Имеется определенное несоответствие между теоретическими предпосылками суицидологии и их реализацией на практике. К врачам не доходят многочисленные субъекты с суицидальным риском. Это часть молодежи развлекательных центров, богемный круг и андеграунд с декадентской субкультурой и суицидальной модой. Обширный призывной контингент со специфическими проблемами адаптации остается вне круга психотерапевтов. Внушительен контингент страдающих алкоголизмом, которые как в целом, так и допустившие суицидальный деликт, не становятся объектом специальной работы наркологов. Априори проблемными считаются некоторые группы пожилого возраста. Настоящий вал составляют пациенты отделений токсикологии, которые осматриваются врачами выездных психиатрических бригад в оперативном плане, с позиций «здесь и теперь», решая вопросы диспетчерского плана, - разделяя контингент суицидентов на тех, кто подлежит направлению в психиатрический стационар, и тех (большую часть) кто может быть выписан без ограничений. Информация на часть лиц совершивших парасуициды на деле пригодна лишь для учетной работы. Иное трудно предположить, так как в большинстве случаев подобная информация (еще реже сами лица) попадает в поле зрения специалистов *post factum*, уже после случившегося суицидального действия. Штатные психотерапевты не имеют правовых оснований для работы среди вышеуказанных контингентов. Декларируются вызовы больных на прием, но в нормативных документах не прописаны механизмы реализации. Психиатры же имеют дело в основном с больными диспансерной группы, либо находящимися на стационарном лечении. Для оптимизации этого участка работы следует предоставить специалистам в практической суицидологии возможности динамического наблюдения.

Продуктивная работа с лицами суицидального риска возможна на «горячем этапе» суицидального манифеста, начиная с приемных отделений учреждений здравоохранения и предпочтительно должна быть сопряжена со службой скорой помощи. Соответственно, передовые подразделения превентивной суицидологии должны располагать оперативными возможностями и мобильной дислокацией, чего нет в традиционной структуре внебольничной психиатрической службы.

Таким образом, охват ключевых контингентов суицидального риска остается проблематичным в рамках традиционных структур и методов. Для работы за «периферией» здравоохранения, в социальных структурах должно быть регулярным присутствие специалистов. Активная превенция востребует нормативную прора-

ботку действенных механизмов и внедрения элементов динамического наблюдения в работе с суицидентами. Сетевой характер работы, связь с администрацией, преемственность на всех этапах общей сети здравоохранения и внебольничной психиатрической помощи, смена принципов ожидающего приема на разумную экспансию требуют институционализации этого кадрового звена. Объем работ помимо вышеуказанных аспектов дополняется также анализом, организацией звеньев здравоохранения и социальных служб, планированием, методической частью. Ведение всего объема работы в рамках консультативной группы профанирует идею профилактики суицидов. В повестку дня должно встать организационное подкрепление суицидологического направления. Незаурядная специфика суицидологии позволяет рассматривать ее в одном ряду с другими специализированными дисциплинами, например, с судебной психиатрией. Острота и масштаб суицидальной проблематики вполне дают основание для обсуждения практической суицидологии, как звена или службы, формирования номенклатуры суицидолога либо – должностной специализации, с собственными методами и правовыми возможностями.

Хлебоказов Ф. П., Махров М. В., Матвейчук И. В.,
Кряжев Ю. А., Бойко В. Е., Кудин Л. И.,
Молочникова А. А., Доукина Т. В., Доукина В. В.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Особенности фармакотерапии эпилепсии в практике психиатрического стационара

Назначая противосудорожный препарат (ПЭП) пациентам с пароксизмальными состояниями, врач оказывается перед выбором, который определяет успех лечения. Каждый антиконвульсант имеет характерные фармакологические особенности и потенциальный риск развития побочных эффектов у значительной части пациентов.

В условиях стационара проводится подбор/коррекция противосудорожной терапии. Анализ 507 историй болезни за 2009 год показал: достижение клинического улучшения наиболее часто (207 случаев - 57.9%) отмечено в случаях назначения препаратов вальпроевой кислоты, примененной как для моно- (45 – 12.6%), так и для политерапии (162 – 45.3%). Противосудорожные средства группы карбамазепина оказались эффективны в 81 (22.1%) случае: 39 (10.9%) в качестве моно- и 42 (11.8%) в составе политерапии. Препараты групп ламотриджина и топамакса в монотерапии использовались в 5 (1.4%) и 4 (1.1%) случаях, а в составе политерапии в 45 (12.6%) и 31 (8.6%), соответственно. Подбор препаратов осуществляется в со-

ответствии с общепринятыми стандартами. Однако на монотерапии выписываются из стационара лишь 30.6%, на двух препаратах – 63.3%, на трех – 6.0% больных эпилепсией. Можно полагать, столь значительное число пациентов получающих два и более противосудорожные средства обусловлено тем, что в отделении концентрируются наиболее сложные и фармакорезистентные случаи. Тем не менее, сложившаяся ситуация вызывает тревогу и побуждает к поиску новых терапевтических подходов поскольку целью проводимых лечебных мероприятий является достижение клинической ремиссии на монотерапии.

Во избежание аггравации заболевания настоятельно рекомендовано не допускать замен принимаемого антиконвульсанта на родственный: брэндовый препарат→генерический, генерический→генерический, генерический→брэндный препарат. Уже давно и хорошо известно, «брэнды» и «генерики» не совпадают по фармакокинетическим параметрам и биоэквивалентности. Если же в силу форс-мажорных обстоятельств замена неизбежна, для получения сопоставимых клинических эффектов препараты одной группы – брэнды и генерики – следует назначать по различным схемам (изменять величину дозировки и интервалы назначения) с учетом особенностей фармакокинетики и индивидуальной переносимости каждого из них, замену проводить постепенно в течение недели.

В основе теста, определяющего переносимость препарата, лежит реакция агломерации лейкоцитов (РАЛ). Она заключается в определении специфического склеивания лейкоцитов при добавлении антигена к цельной крови сенсibilизированных больных. Это помогает определять степень индивидуальной совместимости организма больного с противосудорожным средством. Эпилептолог по показаниям, с учетом клинической симптоматики и данных ЭЭГ, назначает антиконвульсант соответствующей группы. К примеру, вальпроат. Практика показывает, что средство теоретически соответствующее форме пароксизмального состояния может оказаться неэффективным, либо имеет выраженные побочные действия. В этих случаях полезно проведение РАЛ на доступные препараты данной группы (для вальпроатов – орфирил, вальпарин, энкорат и т.д.). Все те средства, которые имеют уровень РАЛ ниже контрольного значения, считаются приемлемыми для данного пациента. Определившись с препаратом, остается довести дозу до уровня, при которой наступает ремиссия, т. е. полное прекращение приступов. РАЛ - несложный и недорогостоящий тест – дает возможность избежать побочных эффектов и значительно сокращает период подбора противосудорожного средства.

Хмара М. Е., Дракина С. А., Петрович Г. Е.

ГУ «РНПЦ эпидемиологии и микробиологии», Минск

Когнитивные нарушения у больных хроническим герпетическим энцефалитом

По данным ВОЗ, заболевания, обусловленные вирусом герпеса, занимают второе место (15,8%) после гриппа (35,8%), как причина смертности от вирусных инфекций. К числу тяжелых клинических форм герпетической инфекции (ГИ) относят поражения ЦНС. В настоящее время на основе клинико-морфологических сопоставлений наряду с острыми поражениями нервной системы доказано наличие первично хронических форм заболевания. Если заболеваемость острыми формами ГИ ЦНС составляет 2-3 случая на млн населения, т. е. 20-30 случаев ежегодно, то хроническое течение ГИ встречается намного чаще, чем острое и прижизненная диагностика таких форм достаточно трудна. Одной из форм хронического течения ГИ является хронический герпетический энцефалит (ХГЭ). Заболевание характеризуется отсутствием выраженных общеинфекционных проявлений, постепенным либо подострым развитием неврологических и психических проявлений, стадийностью течения, неуклонным прогрессированием, продолжительностью от 3-х месяцев до 5 лет и высокой летальностью, резистентностью к терапии в связи с активацией эндогенных штаммов мало чувствительных к ацикловиру. Морфологическая картина характеризуется сочетанием различных гистологических изменений головного мозга: очаговой (периваскулярной) и диффузной кругло-клеточной инфильтрацией нервной ткани и мягкой мозговой оболочки, периваскулярным и очаговым склерозом, волокнисто-клеточным глиозом, уменьшением количества (выпадением) нервных клеток, внутриядерными герпетическими включениями в нейронах, клетках макроглии и эндотелии кровеносных сосудов. Преимущественная локализация указанных признаков в различных отделах головного мозга и их выраженность обуславливают развитие клинических форм заболевания: синдрома прогрессирующей деменции, прогрессирующей эпилепсии, акинетико-ригидный, стволовой. В морфологической картине с синдромом прогрессирующей деменции преобладает заметное уменьшение количества нейронов коры больших полушарий, число которых в III слое 10-го поля в среднем не превышает 11 клеток (норма около 65 нейронов). Этот морфологический признак объясняет ведущий клинический симптом данной формы заболевания – деменцию. Наиболее часто при жизни этим пациентам выставляется клинический диагноз сосудистой деменции, в ряде случаев болезнь Крейтцфельдт-Якоба (БКЯ). Так, по данным Байковой И.А. (1996), при анализе 77 наблюдений больных с деменциями, находившихся на лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице, диагноз при жизни ХГЭ был выставлен в 25 случаях, в 16 – БКЯ, в 35 – сосудистой деменции.

На начальном этапе характер когнитивных нарушений достаточно полиморфен и неспецифичен. Здесь преобладают нарушения памяти и нарастающее разрушение интеллекта на церебростеническом фоне. В развернутой стадии наблюдается неуклонное прогрессирование процесса и формирование тотальной деменции с выпадением высших корковых функций (речи, гнозиса и праксиса), которое обусловлено нарушением интеллектуально-мнестических функций. По мере развития заболевания нарастают неврологические нарушения, такие как симптомы орального автоматизма, атаксия, появление парезов, нарастание мышечного тонуса. В терминальной стадии характеризуется тотальной деменцией с развитием адинамией, мутизмом, усилением гипертонуса мышц, развитием кахексии, гипертермии, коматозного состояния.

Преобладание в клинической картине тех или иных когнитивных нарушений позволило выделить 3 варианта формирования слабоумия при ХГЭ: амнестический, психотический, эпилептиформный. Амнестический вариант преобладает у больных в возрасте старше 60 лет, психотический и эпилептиформный - с началом заболевания до 60 лет.

Клиническая картина ХГЭ у больных в молодом возрасте (40-50 лет) напоминает БКЯ. Отличительной особенностью является отсутствие выраженной неврологической симптоматики в развернутой стадии ХГЭ.

Для ХГЭ в отличие от сосудистой деменции характерно развитие психопатологических нарушений в краткие сроки от начала заболевания (1-12 месяцев) в любом возрасте и их тотальный характер. Нарушения памяти превалируют на всем протяжении заболевания и по выраженности превосходят расстройства корковых функций.

Хмара Н.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель

Методологические подходы в оценке суицидального риска у женщин с депрессивным синдромом

Настоящее исследование направлено на установление влияния неблагоприятных жизненных ситуаций в формировании суицидального кризиса, выявление индивидуальных стратегий в его преодолении. С помощью психиатрического интервьюирования и использования шкал, исследующих суицидальный риск, а так же дальнейшего наблюдения набрана группа из 25 женщин трудоспособного возраста с клиническими признаками депрессивного синдрома, которые были госпитализированы после суицидальной попытки. В структуре

депрессивного синдрома имели следующие нозологии: рекуррентное депрессивное расстройство, расстройство адаптации, органическое депрессивное расстройство.

У всех наблюдаемых женщин время совершения парасуицида совпало с потерей поддержки со стороны значимых близких. Большинство пациенток в качестве суицидальной попытки выбрали отравление медикаментами – 19 человек, и только 5 женщин с суицидальной целью вскрыли себе вены, а 2 пациентки в качестве способа самоубийства избрали проникающее ранение в грудь и живот. Данные цифры свидетельствуют о том, что женщины предпочитают использовать «нежесткие» способы самоубийства.

Изучение анамнеза жизни пациенток позволило установить тот факт, что все наблюдаемые имели ряд травмирующих жизненных ситуаций: проблемы взаимоотношений в семье между партнерами и/или детьми. Пациентки, которые выбрали brutальные способы (2 человека) – нанесение ножевых ранений, имели неблагоприятные жизненные ситуации в детстве: насилие со стороны значимых других и сексуальное насилие – 1 женщина, воспитание в доме интернате с раннего возраста – 1 женщина. По сравнению с пациентками, совершившими единственную суицидальную попытку, повторный парасуицид совершали женщины с большим количеством неблагоприятных жизненных ситуаций. Данные факты свидетельствуют о значимых травматических событиях, происходивших в детстве. Важным в предсказании суицидальной попытки является количество травматических ситуаций. Наблюдение за женщинами выявило, что исход суицидального кризиса определяется поддержкой родных и близких, отношением к психическому заболеванию и к госпитализации в психиатрическую больницу, насколько сильно затронуты смыслообразующие ценности женщины.

В ходе интервью было выяснено: сами женщины ретроспективно оценивали свою госпитализацию в психиатрический стационар как более полезную, чем контакты с друзьями или родственниками, особенно если лечение включало не только медикаментозную помощь, но и общение с психологическими службами.

Используемые методические подходы позволили изучить социальные характеристики и установить, предикторы суицидального поведения у женщин – травматические события происходивших в детстве, неблагоприятные жизненные ситуации и неудовлетворяющие взаимоотношения с родными и близкими, предшествующие суициду.

Хрущ И. А., Занько Е. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Послеродовые расстройства: факторы риска, клинические проявления

В последнее десятилетие интенсивно развивается перспективное направление – перинатальная психология. Изучается и сопоставляется весь спектр психических расстройств в дородовом и послеродовом периоде.

■ ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Выявить клинический спектр депрессивных расстройств у женщин в послеродовом периоде.
2. Изучить динамику изучаемых расстройств в анамнезе (1 год).

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью уточнения распространенности послеродовых расстройств была обследована группа из 30 женщин, имеющая детей первого года жизни. Исследование проводилось на базе Кореличской ЦРБ. В качестве рабочего инструмента использовался лист опроса, изучающий социально-демографические, акушерские, педиатрические и психиатрические предикторы. Основные этапы диагностического выслушивания проводились по А. Айви. Оценка психического состояния проводилась с использованием:

- Эдинбургской шкалы постнатальной депрессии (ЭШПД);
- Скрининг-шкалы постпартальной депрессии (СШПД).

В результате из 30 обследованных женщин, послеродовая депрессия была обнаружена у 19, что составило 63,3%.

Анализ распределения по месяцам послеродового периода установил, что наибольшее число послеродовых депрессий приходится на первые 4 месяца после родов. К концу года депрессивная симптоматика имела место у 6% женщин.

Анализ структуры тяжести выявил, что 60% всех послеродовых депрессий представляли легкий депрессивный эпизод, 37% средний и 3% отвечали критериям тяжелого депрессивного эпизода.

■ ВЫВОДЫ

1. В обследуемой выборке распространенность послеродовой депрессии составила 63,3%.
2. В клинической картине у женщин после родов самым распространенным являлся легкий депрессивный эпизод (60%).
3. К концу года послеродовая депрессия полностью редуцируется.

Шилова О. В., Хвостюк О. А.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель

Психиатрия глазами студентов-медиков

Отношение общества к больным психическими расстройствами во все времена характеризовало гуманность общества и определялось степенью его внутреннего благополучия. Глубинные страхи из коллективного бессознательного способствовали формированию иррациональных предубеждений, непонимания и отторжения больных психическими расстройствами из общества. В то же время появились новые возможности лечения больных психическими расстройствами и упорядочения их поведения, адаптации и реадaptации в обществе.

Страх перед больными дополняется страхом перед психиатрической службой в целом из-за возможности стигматизации. Очевидно, что он снижает вероятность своевременного оказания специализированной помощи, ухудшает качество жизни и, в том числе, повышает риск суицидов.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выяснение отношения к психиатрии, больным психическими расстройствами у студентов медицинского университета, прошедших пятидневный курс психиатрии.

Студентам после прохождения курса предлагалось анонимно заполнить анкету, содержащую ряд вопросов. Они касались чувств, которые они испытывали при общении с больными психическими расстройствами, условий, при которых они добровольно обратились бы за помощью.

Среди студентов-медиков (136 человек, 108 девушек и 28 мужчин, средний возраст – 20,5 лет) 12% имеют опыт обращения к психотерапевту, причем 72% из них оценивают этот опыт как «положительный». При этом субъективную потребность в помощи психотерапевта ощущают 42% респондентов. Из них лишь 7% осознают необходимость и относятся спокойно, около 30% испытывают тревогу и страх, около 10% - стыд и страх, около 15% - чувство безысходности.

По рекомендации терапевта при необходимости обратиться к психиатру или психотерапевту в 21% ответили категорическим «нет», остальные – при условии соблюдения конфиденциальности (25%), при очень тяжелом состоянии (33%), вне психиатрического стационара и диспансера, а также при сочетании условий. Отказ обратиться 20% респондентов объяснили недоверием, 16% - страхом стигматизации, 10% - страхом сложностей при трудоустройстве и прохождении медицинской комиссии.

Из чувств, которые студенты испытывали по отношению к больным психическими расстройствами, 35% отметили сострадание, еще 5% - сочетание сострадания и страха, около 15% - только негативные эмоции – страх, тревога и их сочетание. «Интерес» отметили лишь 3%, зато безразличие к ним и их судьбе – около

20%. У остальных эмоции были смешанными, но лишь у 49% студентов не несли негативного тона.

Будучи поставленным перед возможностью эмпирического выбора реагирования на стресс - тяжелым соматическим заболеванием или невротическим, нуждающемся в помощи психотерапевта, студенты-медики, осведомленные в течении и лечении многих заболеваний, в 70% ответов выбирали соматическую патологию и лечение у терапевта или хирурга.

По мнению студентов, около 40% людей в обществе относятся к больным с сочувствием и желанием помочь, остальные – с ужасом, непониманием, безразличием.

Актуальные проблемы наркологии

Базыльчик С.В., Копытов А.В., Лыжина Л.О., Шавейко А.С.

ГУ «РНПЦ психического здоровья» МЗ РБ,

УЗ «Городской клинический наркологический диспансер» МЗ РБ, Минск

Употребление алкоголя с вредными последствиями: критерии диагностики у подростков

В европейских странах алкоголь является самым доступным психоактивным веществом (ПАВ). Он обладает выраженным аддиктивным действием и наносит значительный ущерб, как самим потребителям алкоголя, так и обществу в целом. Многочисленные статистические исследования показывают, что 70 - 90% подростков имеют опыт употребления алкоголя, причем 40 - 50% подростков сообщают об употреблении алкоголя в течение последнего месяца. Злоупотребление алкоголем приводит к формированию, как зависимости, так и более мягких пограничных расстройств. Для определения пограничных расстройств, вызванных употреблением алкоголя, большинством исследователей используют следующие термины: рискованное употребление (расстройство, выделяемое ВОЗ, но не вошедшее в МКБ-10 как диагностическая категория), злоупотребление алкоголем (американское диагностическое руководство DSM-IV), употребление алкоголя с вредными последствиями (международная классификация болезней МКБ-10). Критерием рискованного употребления является принятый пороговый уровень потребления алкоголя. В то же время критерии злоупотребления алкоголем (ЗА) и употребления алкоголя с вредными последствиями (УАВП) базируются на двух различных подходах. Если УАВП принципиально исключает из диагностических критериев негативные социальные последствия и реакцию окружающих на употребление ПАВ, то ЗА из DSM-IV преимущественно построено на них.

Согласно МКБ-10 критерием УАВП является паттерн употребления алкоголя, который наносит ущерб физическому или психическому здоровью потребителя. Для постановки диагноза необходимо наличие ущерба. Строгое соблюдение этого критерия делает диагностику данного расстройства затруднительной и крайне редкой (0,3% при популяционных исследованиях среди взрослого населения, при частоте алкогольной зависимости до 7%). Диагностика УАВП в подростковом возрасте становится еще более сложной, т.к., с одной стороны, продолжительность злоупотребления алкоголем в этом возрасте, как правило, недостаточная для развития очевидного ущерба физическому здоровью, с другой стороны, выявляемые соматические или психические нарушения носят неспецифический характер, и их непосредственная обусловленность употреблением алкоголя трудно доказуема. Однако практикующие наркологи широко используют данную диагностическую категорию: в РБ и РФ на долю УАВП приходится до 99% диагностируемых у подростков психических расстройств, вызванных употреблением алкоголя. Несоответствие диагностических критериев МКБ-10 потребностям практического здра-

вохранения потребовало разработки дополнительных указаний ВОЗ и опросников, облегчающих постановку данного диагноза.

В частности, согласно "Руководству ВОЗ по психическому здоровью в первичной сети" (WHO 2000), диагностическими признаками употребления алкоголя с вредными последствиями являются: (1) массивное употребление алкоголя; (2) соматические осложнения; (3) психические изменения; (4) неблагоприятные социальные последствия. Аналогичный подход используется в тесте AUDIT. Таким образом, дальнейшее уточнение критериев диагностики УАВП привело к фактическому использованию критериев, описанных для рискованного употребления (ВОЗ) и злоупотребления алкоголем (DSM-4). Остается надеяться, что уточненные критерии диагностики данного расстройства будут официально закреплены в МКБ-11.

Богданов А. С.

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Сывороточный холестерин подростков с деструктивным поведением и начальными признаками зависимости

Проявление деструктивной агрессии в обществе перестало быть только социальной проблемой. В большинстве случаев агрессия рассматривается с медицинской точки зрения. Совершение правонарушений является признаком социальной декомпенсации и в определенных случаях, наряду с другими диагностическими критериями, может свидетельствовать о личностных расстройствах, которые описываются в международных классификациях МКБ-10 и DSM-III. Однако рассматриваемые изолированно криминальные акты не являются единственным основанием для диагноза. В течение последних лет наблюдается значительный рост потребителей психоактивных средств. Важность проблемы подчеркивают далеко идущие последствия злоупотребления. Настоящее исследование преследовало цель установить возможную связь между низким уровнем сывороточного холестерина и признаками зависимости от психоактивных веществ у подростков с агрессивным деструктивным поведением.

Было обследовано 207 малолетних преступников мужского пола, находившихся в исправительно-трудовой колонии, в возрасте от 15 до 19 лет. В этой группе стойкие и в различной степени выраженные агрессивные и криминальные действия подростков соответствовали основным диагностическим критериям социализированного расстройства поведения (рубрика F – 91.2 МКБ-10). Предварительное обследование испытуемых позволило исключить лиц имеющих, какие

либо соматические заболевания, а также психические расстройства, относящиеся к другим рубрикам международной классификации болезней.

Определялись уровни общего холестерина (ХС СЫВОР), триглицеридов (ТГ СЫВОР) и липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), низкой (ХС ЛПНП), очень низкой плотности (ХС ЛПОНП). Уровень холестерина сыворотки крови анализировался у подростков с клиническими признаками зависимости (n-30), а также у лиц, находившихся в алкогольном и наркотическом опьянении в момент совершения преступления (n-50) и сравнивался с соответствующими показателями испытуемых, не употреблявших алкогольные напитки или наркотические вещества. Сравнение липидного профиля групп правонарушителей имеющих зависимость или злоупотреблявших психоактивными веществами с группой подростков, не употреблявших алкоголь или наркотики, показало достоверное различие величин только для общего холестерина сыворотки крови (ХС СЫВОР). Величина данного показателя у лиц с зависимостью достоверно отличалась (при $p < 0,05$) от соответствующей величины общей группы и равнялась $3,70 \pm 0,82$ ммоль/литр. В то время как у лиц, не употреблявших психоактивные вещества, этот показатель равнялся $3,88 \pm 0,63$ ммоль/литр. Достоверных различий при сравнении других анализируемых величин в данных группах не было зарегистрировано.

Полученные данные согласуются с результатами других публикаций. Hillbrand M и др. (2000). Обнаружена прямая зависимость между концентрацией общего сывороточного холестерина и аффективными проявлениями, активностью, познавательной деятельностью и дисфорией. Данные настоящего исследования, подтверждают гипотезу взаимосвязи низких величин ОХ СЫВОР с поведенческой дезорганизацией, а также с начальными признаками зависимости от психоактивных веществ.

Борисевич С. Н., Вергун О. М.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
ГУО «БелМАПО», Минск

Острые отравления клофелином и их лабораторная диагностика

Отравления клофелином носят преимущественно криминальный характер в форме посягательств на личность с помощью лекарственных препаратов. Отравления клофелином характеризуются симптоматикой, сходной с отравлениями наркотиками, производными фенотиазина и барбитуровой кислоты, что затрудняет диагностику. Патологоанатомическая картина не характерна. Решающее значение в экспертной оценке отравлений имеют результаты химико-токсикологического и судебно-химического исследования.

Целью проведенного нами исследования была оценка выявляемости острых отравлений клофелином по г. Минску и оценка характера таких отравлений. Нами проанализирована группа пациентов, поступивших с предварительным диагнозом «Острое отравление клофелином» в Республиканский токсикологический центр по лечению острых отравлений химической этиологии психических больных УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в течение 1 квартала 2009 года. В состав основной группы вошли 91 пациент в возрасте от 18 до 40 лет. Биологическим материалом являлась моча пациентов.

Взятие биологического материала производилось не позднее, чем через 1 час после поступления больного в отделение. Указанный диагноз подтверждался данными метода тонкослойной хроматографии (предварительный метод) и методом газовой хромато-масс-спектрометрии на приборе Agilent – 6980N, США (подтверждающий метод). При исследовании методом ТСХ из 91 случая диагноз отравления клофелином подтвердился в 62 случаях, что составляет 68%; при исследовании биоматериала подтверждающим методом ГХ/МС диагноз подтвердился в 91 случае, что составляет 100%. С острым отравлением клофелином чаще (69%) поступают женщины (63 пациентки в исследуемой группе); число пациентов мужчин – 28 человек (31%). При анализе причин отравлений оказалось, что в подавляющем большинстве случаев это суицидальные попытки (63 случая – 69%), вторую по численности группу составляют случайные отравления (26 случаев – 29%), и отравления, которые носят криминальный характер, составили 2% (2 пациента). Особенностью химико-токсикологического анализа клофелина является низкий уровень концентраций в биожидкостях и тканях организма даже при приеме токсической дозы препарата. Это вызывает необходимость применения высокочувствительных и селективных физико-химических методов анализа, к числу которых относится хроматография (ТСХ, ГЖХ, ВЭЖХ, ГХ/МС), УФ- и ИК-спектроскопия, а также иммунохимических методов. Используемые в настоящее время нашей химико-токсикологической службой методы анализа биоматериала на наличие клофелина являются чувствительными, высокоспецифичными и надежными, однако требующими процедуры пробоподготовки и дорогостоящими. Перспективным с нашей точки зрения является метод иммуноферментного анализа, не требующий специальной очистки и концентрирования биопробы. Институт физиологически активных веществ РАН производит диагностикумы для обнаружения клофелина на основе гетерогенного иммуноанализа.

Актуальной проблемой является разработка отечественных диагностикумов для иммуноферментного исследования, что обеспечит снижение материальных и временных затрат на определение клофелина в образцах различных типов.

Бут-Гусаим В. В.

УЗ «Брестский областной психоневрологический диспансер», Брест

Исследование феномена бинауральности в «аудионаркотиках» (собственное исследование)

В 1839 году немецкий ученый-экспериментатор, профессор Берлинского университета Хайнрих Вильгельм Дофе открыл и обосновал феномен бинауральных биений. Данное научное открытие и последующие исследования в этой области внесли вклад в развитие диагностики и лечения психических, а также некоторых соматических заболеваний. Но в настоящее время наиболее широкое применение феномена бинауральности выявлено в другой сфере – коммерческих услуг. Первым, кто предложил данные услуги, была сервис-группа I-Doser, занимающаяся созданием и продажей аудиотреков, прослушивая которые, со слов создателей, можно достичь измененных состояний сознания, сравнимых с воздействием всех известных наркотических веществ. Стоит также отметить тот факт, что все аудиотреки объединены одним названием – «аудионаркотики».

Гипотеза: в связи с быстрым распространением «аудионаркотиков», отсутствием научного обоснования их безопасности, а также отсутствием доказательств использования бинауральных ритмов в их структуре предполагается, что «аудионаркотики» представляют угрозу для психики человека и являются одним из видов мошенничества.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Доказать наличие или отсутствие эффекта бинауральности в «аудионаркотиках» через изучение структуры данных аудиотреков; доказать или опровергнуть потенциальную угрозу для психики человека.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основой воздействия на психику «цифровых наркотиков» являются бинауральные ритмы. Эффект бинауральности связан с тем, что частота биения накладываемых друг на друга звуковых потоков с близкими частотами будет равняться их разности, и воспринимается мозгом как естественные биения низкой частоты. Диапазон частот должен быть в пределах от 100 до 1500 Hz с разницей между сигналами от 0,5 до 30 Hz. Для выявления эффекта бинауральности в «аудионаркотиках» мной использовалось специальное программное обеспечение: Cool Edit Pro v.1.2, Sony Sound Forge v.7.0, Lab View v.8.6.1; и аппаратура: компьютер Fujitsu-Siemens Amilo Pi 2540 с поддержкой HDA, стереонаушники Panasonic RP-HS53. Было проанализировано 19 треков. Исследовались частота биения, сила звука и битрейт, а также сравнение данных треков с обыкновенными звуковыми файлами в форматах mp3 и wav. Результаты исследований: установлено, что в 15-ти из 19-

ти треков присутствует бинауральный эффект; данный эффект не зависит от силы звука; качество аудиоформата принципиально не влияет на эффект (в сравнении были использованы форматы mp3 и flac); в каждом треке на протяжении всего прослушивания были выявлены многократные изменения разности частот от 0,2 до нескольких тысяч Hz.

По результатам исследования можно судить о том, что технологии бинауральности в создании «аудионаркотиков» действительно используются. Учитывая тот факт, что все «аудионаркотики» имеют сопроводительный текст, который может восприниматься как инструкция к действию или способны спровоцировать психические расстройства у людей с неустойчивой психикой («На краю пропасти», «Атомный взрыв», «Прикосновение бога» и др.) можно сделать вывод, что прослушивание «аудионаркотиков» может привести к необратимым последствиям. Можно сделать вывод о том, что термин «аудионаркотик» является PR-кампанией, предназначенной, в основном, для лиц молодого возраста. Установление опасности для психики здорового человека со стороны данных аудиотреков в настоящий момент не представляется возможным и требует дальнейших исследований.

Василевский В. Г., Молодцов А. Л., Сачек В. И.
ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр», Минск

Факторы зависимости от алкоголя у военнослужащих, призванных на военную службу по контракту

Обращает на себя внимание на то обстоятельство, что злоупотребление алкогольными напитками является серьезной причиной дисквалификации военнослужащих, призванных на военную службу по контракту. По некоторым исследованиям, в Вооруженных Силах РФ число офицеров, употребляющих спиртные напитки, составляет 94% от числа опрошенных. Каждый десятый офицер злоупотребляет спиртными напитками, а около 2% – переступили черту алкоголизма.

Проведено исследование пациентов психиатрического отделения 432 ГВКМЦ. За 5 лет по поводу синдрома зависимости от алкоголя пролечилось 59 военнослужащих по контракту. Из них 30 уволено из Вооруженных Сил Республики Беларусь по болезни, 29 выписаны в часть для дальнейшего прохождения службы. Пациенты, продолжившие военную службу, имели хорошую установку на трезвый образ жизни, не имели грубых изменений личности, осложненного синдрома отмены алкоголя, патологических изменений со стороны внутренних органов. Из пролечившихся и оставшихся на военной службе пациентов никто в последующем в поле военных психиатров не попадал. Большинство проходивших лечение было в возрасте 33 – 40 лет. Срок злоупотребления алкоголем составлял от 5 до 10 лет,

у многих отмечались спонтанные ремиссии от месяцев до 1-2 лет. Толерантность у большинства составляла от 0,5 до 0,75 л водки. У 9-ти пациентов синдром отмены алкоголя был осложнен судорожными припадками, у 6-ти развился делирий.

Лечившиеся военнослужащие имели самые различные специальности, как гуманитарные, так и технические, различные должности.

Объективный анализ распространенности синдрома зависимости от алкоголя затруднен в связи с тем, что большая часть военнослужащих данной категории, страдающих начальными формами, не обращаются за наркологической помощью из-за страха применения к ним репрессивных мер, а часть увольняется в административном порядке («за дискредитацию воинского звания») и также не попадает в учетные данные. Ранняя диагностика этих психических расстройств в войсках находится на довольно низком уровне. Врачи воинских частей и лечебных учреждений часто не видят либо не хотят видеть истинных причин некоторых соматических заболеваний - гипертонической болезни, нарушений сердечного ритма, неинфекционных гепатитов, панкреатитов, эпилептиформных припадков в основе которых лежит злоупотребление алкоголем.

Анализ, лечившихся и уволенных из Вооруженных Сил Республики Беларусь военнослужащих по контракту, показывает, что факторы, способствовавшие формированию синдрома алкогольной зависимости у данной категории практически не отличаются от факторов развития алкоголизма для всего населения. А именно:

1. Индивидуально-психологическая предрасположенность к употреблению ПАВ. Прежде всего, это личности с депрессивными, астеническими, шизоидными чертами характера.
2. Социальные причины: а) стрессовые ситуации на работе. б) бытовая неустроенность. в) супружеские дисгармонии.
3. Биологические причины (алкогольная наследственность).
4. Генетические причины: дефицит в организме серотонина (триптофана), врожденная недостаточная способность мозга окислять альдегиды.

Сами пациенты причинами своей алкоголизации в большинстве случаев называли чрезмерную напряженность при исполнении служебных обязанностей, конфликтные отношения с начальником, вынужденный отрыв от семьи на длительные сроки, отсутствие собственного жилья, сложные отношения в семье. Эти причины субъективны и рассматриваются в рамках психологической защиты.

Таким образом, проблема употребления спиртных напитков военнослужащими по контракту в настоящее время стоит очень остро. Закрепленность в обыденном сознании военнослужащих отношения к алкоголю как средству, способствующему улучшению психологического состояния, своеобразному инструменту для установления межличностных контактов, является отличительной чертой алкогольного поведения в армейской среде.

Ваулин С. В., Мармылева Е. И.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск

Патологическая зависимость от азартных игр (патологический гемблинг) и психические расстройства

Патологическая зависимость от азартных игр является актуальной проблемой общественного здравоохранения, сопровождающейся высокими показателями распространенности в общей популяции, коморбидности с другими психическими расстройствами и социальными проблемами.

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей синдрома патологического гемблинга у пациентов, ранее проходивших стационарное или амбулаторное обследование и лечение в условиях психиатрического стационара.

Обследовано 100 больных, из них 50 чел. основной группы с диагностированным синдромом патологической зависимости от азартных игр в возрасте от 14 до 60 лет (средний возраст $31,6 \pm 11,7$), 5 женщин и 45 мужчин и 50 чел. контрольной группы, сопоставимой по нозологическим и гендерным признакам с изучаемой группой. Диагностика психических расстройств базировалась на диагностических критериях МКБ-10. Для верификации наличия у пациентов патологической зависимости от азартных игр дополнительно использовались критерии классификации психических расстройств DSM-IV-R.

Нозологическое распределение выглядело следующим образом: органические психические расстройства (F0) выявлены у 17 чел. (34%), психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F1) – 9 чел. (18%), шизофрения и шизотипические расстройства (F2) – 7 чел. (14%), аффективные расстройства (F3) – 3 чел. (6%), расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6) – 14 чел. (28%).

Длительность психических расстройств в основной группе составила $9,3 \pm 5,4$ лет. Во всех наблюдаемых случаях патологический гемблинг выявлен впервые, несмотря на тот факт, что его длительность составляла в среднем $5,7 \pm 3,1$ года. Данное обстоятельство подтверждает низкую выявляемость и обращаемость по поводу указанного расстройства.

Исходя из концепции о различной диагностической значимости клинических признаков патологической зависимости от азартных игр, была проведена оценка мультиколениарности при помощи коэффициента взаимной сопряженности Пирсона. В результате статистической обработки выявлена высокая сопряженность некоторых признаков, которые в дальнейшем были исключены из последующего анализа.

Наиболее значимые критерии для первичного выявления игровой зависимости распределились по степени их удельного веса: увеличение количества времени проводимого за игрой – 47 чел. (94%), потеря контроля над игрой – 46 чел. (92%), хорошее самочувствие или эйфория во время игры – 40 чел. (80%), со-

стояние суженного сознания – 32 чел. (64%), явления деперсонализации – 11 чел. (22%). Тем самым для скрининга патологического гемблинга такой набор диагностических критериев оказался достаточным, что позволило упростить процедуру первичной диагностики и повысить процент его выявляемости.

Сравнительный анализ с контрольной группой показал наличие достоверных различий у пациентов в особенностях клинических проявлений психических заболеваний, их течения, степени нарушения трудовой и социальной адаптации.

Таким образом, разработка и оптимизация алгоритма диагностики, изучение особенностей развития, течения и прогноза игровой зависимости у лиц, страдающих психическими расстройствами, будет способствовать раннему выявлению патологического гемблинга и назначению эффективной фармакопрофилактики и фармакотерапии.

Вергун О. М.

ГУО «БелМАПО», Минск

Клинические испытания экспресс-тестов производства Республики Беларусь на основе моноклональных антител для диагностики наркотического опьянения

В настоящее время потребление психоактивных веществ в немедицинских целях отмечается во всех странах мира. В России и Беларуси связанные с этим социальные, криминальные, экономические и медицинские аспекты превратились в одну из трудноразрешимых проблем.

В последние годы отмечена тенденция к увеличению употребления наркотических средств. В связи с этим остро встал вопрос о разработке приемлемых к использованию, простых в обращении тест-систем, позволяющих выявлять наличие наркотиков в доступных для исследования биологических жидкостях и, прежде всего – в моче, что имеет весьма большое значение для осуществления профилактики пристрастия к употреблению наркотиков и контроля за распространением их употребления.

Экспресс-тесты предлагаются для применения в медицинских учреждениях, химико-токсикологических лабораториях, а также заинтересованным лицам для качественного предварительного выявления и идентификации наркотических веществ в моче человека. Принцип идентификации основан на методе иммунохроматографического анализа. Для выполнения экспресс-анализа требуется 5 – 10 минут.

Разработанные по итогам инновационного проекта методики предлагаются впервые. До настоящего времени в Республике Беларусь аналогичные методики отсутствовали.

Разработанные экспресс-тесты выявления опийных алкалоидов на основе моноклональных антител отвечает всем необходимым требованиям надежного выявления морфина, героина и опийных алкалоидов в моче, что отражает полное соответствие их химико-аналитических свойств декларируемой способности созданных тест-систем. Экспресс-тесты выявления морфина, героина и опийных алкалоидов в моче человека с высокой диагностической чувствительностью ($\approx 100\%$) и предсказательной ценностью отрицательного результата ($\approx 100\%$) рекомендуются использовать для осуществления дифференциальной диагностики сходных по клинической картине заболеваний. Отмеченная нами высокая диагностическая специфичность (93,3%) и предсказательная ценность положительного результата (93,75%) лабораторных тестов выявления опийных алкалоидов дают основание рекомендовать отечественные тест-системы к использованию для выполнения скрининговых исследований и не уступают импортным аналогам.

■ ВЫВОДЫ

1. Полученные исследования подтверждают соответствие декларируемой способности экспресс-тестов для выявления морфина, героина и опийных алкалоидов в моче человека обеспечивающие качественное определение наркотических веществ их фактической реализации.
2. Метод обладает высокой аналитической чувствительностью и диагностической специфичностью, что позволяет применять его для качественного выявления наркотических средств и психотропных веществ в моче человека, ничем не уступают в сравнении с импортными аналогами. Подготовка пробы биологического материала для проведения иммунохимического исследования проста в исполнении и не требует специальных знаний.

Виленчик Б. Т.

ГУ «РНПЦ психического здоровья»,

УО «Белорусский государственный университет культуры и искусств», Минск

Профилактика наркомании у студентов Белорусского государственного университета культуры и искусств

В Беларуси ежегодно увеличивается количество лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ. В 2008 году по учетным данным Республиканского центра психического здоровья населения Республики Беларусь это количество достигло 12810 человек, из них 6873 состоят

на диспансерном и 4062 на профилактическом учете в системе наркологической службы.

В связи с этим, в активную первичную профилактику наркомании необходимо привлекать самый широкий круг специалистов, работающих с детьми, подростками, молодежью. В первую очередь напрашивается противопоставление рекламе, видео-, теле-, интернет-источникам, способствующих распространению разного вида зависимостей, пропаганду здорового образа жизни. По результатам прошлогоднего анкетирования девочек-подростков выяснилось, что 47% из них положительно относятся к ранним сексуальным отношениям, 39% употребляют спиртные напитки, 24% курят, 7% пробовали токсические наркотические вещества. Очевидна необходимость участия в первичной профилактике наркотической зависимости родителей, педагогов и воспитателей общеобразовательных школ, средне-специальных, высших учебных заведений, а также спортивных, музыкальных и других организаций для детей и подростков. В этой связи, важная роль в первичной профилактике наркомании принадлежит в том числе и работникам учреждений Министерства культуры Республики Беларусь. В соответствии этому, подготовка кадров в учебных заведениях Министерства культуры - большей частью специалистов по работе с молодежью, предусматривает целенаправленную воспитательную работу со студентами и в первую очередь активную пропаганду в студенческой среде здорового образа жизни.

Главным в воспитании студентов, несомненно является личность педагога, преподавателя. Возможности преподавателя в решение этой проблемы на своем уровне, в процессе учебного занятия не всегда полностью реализуются. Отношение к употреблению алкоголя, тем более к табакокурению нередко остается снисходительным и не рассматривается как первая ступенька на пути к наркотикам. На лекциях, практических занятиях, используя учебный материал собственного предмета, вполне возможно активно влиять на формирование здорового образа жизни у студентов, на конкретных примерах показывать пагубность вредных привычек и пристрастий. Весьма важно выявлять способных студентов и привлекать их к активному, в том числе и волонтерскому движению, с использованием ТСО, интернета и других современных и интересных для молодежи способов этой работы. Позитивное влияние сверстников - самый эффективный метод профилактики различного вида зависимостей. Самостоятельная работа, подготовка рефератов и активное обсуждение на семинарских занятиях формируют у будущих специалистов учреждений культуры убеждения в ценности личного здоровья, здоровья нации и активную позицию в пропаганде здорового образа жизни.

Эффективным является ограничение зон табакокурения (приказом ректора в университете запрещено курение), что значительно уменьшило количество «дымящих» студентов не только внутри, но и вокруг здания университета. Полезными мероприятиями в этом направлении являются традиционно проводимые в БГУ-КИ дни здоровья, спортивные соревнования, подготовка команды для участия в

ежегодной студенческой олимпиаде «За здоровый образ жизни». Формирование здорового образа жизни, по сути и является одной из форм профилактики наркомании.

Виницкая А. Г., Лелевич В. В., Разводовский Ю. Е.
 Центр мониторинга за наркотиками и наркопотреблением,
 УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Обзор наркологической ситуации в Республике Беларусь на сайте европейского центра мониторинга за наркотиками и наркопотреблением

Европейский центр мониторинга за наркотиками и наркопотреблением (EMCDDA) является международным научным центром под эгидой Европейского союза, в задачи которого входит сбор сопоставимой информации о распространённости злоупотребления наркотиков в странах Европы, разработка унифицированных методов сбора и обработки эпидемиологических данных, получаемых из различных источников, и пригодных для анализа на межгосударственном уровне.

На сайте EMCDDA (www.emcdda.europa.eu) размещаются *страновые обзоры* – краткие резюме состояния наркологической ситуации в странах ЕС, странах кандидатов ЕС, Норвегии и некоторых стран СНГ. Обзоры по странам СНГ создаются в рамках региональных проектов, финансируемых Европейской Комиссией программы по технической помощи странам СНГ (ТАСИС) и осуществляются Программой развития Организации Объединённых Наций (ПРООН).

Нами была проведена оценка масштабов распространённости злоупотребления наркотических и ненаркотических веществ в Беларуси в 2007–2008 гг. с целью создания *странового обзора* Беларуси для размещения на сайте EMCDDA.

«**Country (Drug) Situation Summary. Belarus**» является третьим по счету страновым обзором наркологической ситуации в Беларуси, созданным при поддержке Белорусско-украинско-молдавской программы по борьбе с незаконным оборотом и торговлей наркотиками (БУМАД). Обзор содержит краткую эпидемиологическую информацию о распространении в Беларуси наркопотребления и преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков, в 2007–2008 гг. Частично страновой обзор Беларуси сформирован из сведений за 2007 г., показанных в англоязычной версии последнего национального отчета Беларуси. Дополнительно в него вошли сведения наркологической службы МЗ и данные о наркопреступности за 2008 г.

По требованиям EMCDDA каждый белорусский страновой обзор был составлен из стандартного набора глав, как представлено:

1. Краткая информация о стране – показаны основные географические, экономические и демографические сведения о Беларуси.

2. Распространение наркотиков среди населения в целом и учащейся молодежи. В главе представлены результаты регионального опроса учащейся молодежи, проведенного в 2007 г. в Брестской области с использованием методологии ESPAD (Европейский школьный проект по исследованию распространения алкоголя и наркотиков) и при поддержке Регионального Бюро UNODC для России и Беларуси.
3. Проблемное наркопотребление. В данной главе представлены результаты определения общей численности ПИН в Беларуси с использованием статистического метода «повторного захвата» для вычисления численности скрытых групп населения. В результате вычислений общая оценочная численность потребителей инъекционных наркотиков в Беларуси на начало 2008 составила примерно 76281 человек (69200–83400), или около 1,3% (1,2%–1,4%) населения республики в возрасте 15–54 лет [16].
4. Инфекционные болезни, связанные с употреблением наркотиков (ВИЧ и вирусные гепатиты). Глава включает краткий обзор ситуации с распространением ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С в Беларуси.
5. Смертность среди наркопотребителей. В главе представлены сведения о причинах смертности среди наркопотребителей, снятых с учета в 2004–2008 гг.
6. Потребность в лечении наркомании содержит сведения о потребителях наркотических и ненаркотических веществ, состоящих на наркологическом учете по состоянию на 1.10.2008 г. и получивших наркологическое лечение в 2007 году.
7. В главе «Профилактика» представлено краткое описание профилактических мероприятий в области противодействия распространения наркотиков, которые осуществлялись в Беларуси в последние годы.
8. Зарубежному читателю глава «Лечение» дает представление о структуре наркологической службы Беларуси, о видах помощи, предоставляемой наркопотребителям в наркологических учреждениях МЗ и негосударственных реабилитационных центрах.

Помимо вышеперечисленных глав, в страновой обзор Беларуси вошли главы «Вопросы снижения вреда», «Рынки наркотиков и наркопреступность», «Законодательство в области незаконного оборота наркотиков», и «Национальные программы и стратегии».

Для зарубежного читателя здесь предоставлено краткое описание уголовного законодательства Республики Беларусь в области борьбы с незаконным оборотом наркотиков, с перечнем соответствующих статей Уголовного Кодекса. Дается понятие о «Республиканском перечне наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь» и показаны дополнения к нему, законодательно утвержденные в 2007 г. Даются краткие сведения о Государственных программах комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и психотропными веществами и их

незаконному обороту, которые были реализованы в Беларуси в 2001–2010 гг. Настоящий страновой обзор в скором времени заменит имеющуюся на сайте версию.

Вэлком М. О., Переверзева Е. В., Переверзев В. А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Функциональная модель алкогольсвязанной глюкозозависимой системы ошибочного процессинга

Целью нашего исследования было изучение особенностей уровня гликемии и состояние когнитивных функций у трезвенников и трезвых людей, эпизодически употребляющих алкоголь в малых дозах, через 1 неделю после приема этанола в условиях функциональной (длительной и интенсивной) умственной нагрузки. Предложить модель для объяснения полученных результатов.

Исследование было проведено при добровольном письменном согласии участников. Эксперимент проводился с участием студентов мужского пола (8 человек эпизодически употребляющие алкоголь в малых дозах, и 5 трезвенников), длился 6 ч и проводился натошак. Концентрацию глюкозы крови измеряли с интервалом 2 ч, включая исходный уровень. Различные анкеты – AUDIT, MAST, CAGE, ПАС тексты и вопросы, нейропсихологические анкеты, таблица Анфимова для определения внимания, ПСЗА; тесты на зрительную память (цифры); слуховую память и оперантную память – использовали для оценки отношения к алкоголю и состояния когнитивных функций. Для статистического анализа данных использовались критерии Пирсона и Стьюдента. Уровень значимости был принят при $p < 0.05$. Для разработки модели, объясняющей результаты проведенных исследований, был проведен анализ литературных данных (из баз ELSEVIER и PUBMED) с 1940г. по сентябрь 2009г. по влиянию различных доз алкоголя на уровень глюкозы крови и когнитивные функции, включая ассоциированные с ними теории и гипотезы.

Проведенное исследование показало, что обнаружено статистически значимое снижение эффективности активного внимания и более быстрое развитие утомления (через 4–6 ч умственной работы) у трезвых лиц, употребляющих алкоголь, по сравнению с трезвенниками. Эти нарушения у студентов, эпизодически употребляющих алкоголь, установлены через 7–10 дней после приема алкогольных напитков. На всем протяжении исследования (через 2, 4 и 6 часов умственной интенсивной работы) трезвенники имели достоверно более высокий уровень гликемии по сравнению с исходным содержанием глюкозы в крови, а через 4 и 6 часов работы и по сравнению с уровнем глюкозы у трезвых студентов, эпизодически употребляющих алкоголь ($p < 0.001$). Увеличение концентрации глюкозы крови у трезвых лиц, употребляющих алкоголь, было отмечено только через первых 2 ч ($p < 0.05$) умственной работы. На 2-ом (через 4 часа) и особенно 3-ем (через 6 часов)

этапах работы у выпивающих студентов отмечалось значительное снижение уровня глюкозы крови по сравнению с таковым у трезвенников, а также с уровнем гликемии через 2 часа от начала работы. Суммарная частота ошибочных действий у студентов, употребляющих алкоголь, была существенно и достоверно больше чем, у трезвенников, вплоть до отказа выполнения ряда тестов в конце эксперимента. Число совершенных ошибок в тестах достоверно увеличивалось с уменьшением уровня глюкозы крови ($r = -0.83$; $p < 0.01$).

Таким образом, впервые на мужчинах-добровольцах, эпизодически (1-2 раза в месяц) употребляющих алкоголь в малых дозах (23 ± 8 мл на человека), установлено нарушение нормального уровня глюкозы в крови, которое выявляется в течение 7 – 10 дней после приема этанола. Значительное снижение уровня глюкозы у этих молодых мужчин возможно выявить лишь в условиях длительной, функциональной нагрузки в виде 6-часовой интенсивной умственной деятельности. У трезвенников в аналогичных условиях исследования отмечалось повышение уровня глюкозы в крови. Корреляционный анализ показал, что расстройство когнитивных функций у трезвых людей, эпизодически употребляющих алкоголь, при длительной (4 – 6 часовой) умственной нагрузке может быть связано с нарушением гомеостаза глюкозы и развитием гипогликемии. Для объяснения выявленных фактов нами предлагается модель и/или гипотеза – алкогольсвязанной глюкозозависимой системы ошибочного процессинга, в которой учтены некоторые положения модели Ridderinkhof и соавт. (Science 2002; 298: 2209-2211) и фишбоун гипотезы метаболизма глюкозы (Peters A et al. Neurosci & Biobehav Rev 28; 2004: 143–180).

Гелда Т. С., Гелда А. П., Марукович Ю. С., Гриб О. К.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Сезонно-алкогольные вариации в суицидогенезе

Параллели между сезонными вариациями смерти от самоубийств и алкогольным опьянением изучались многими зарубежными исследователями. Национальные особенности этой проблемной суицидологической тематики фактически не изучены, что послужило целью нашего исследования.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное исследование методом сплошной выборки выкопировки сведений по материалам заключений судебно-медицинских экспертиз трупов в отделах ГУ ГСМСЭ по г. Минску в 2000-2007 гг. с последующим использованием стратификационной рандомизации исследовательских критериев. Единица анализа – установленный прокуратурой г. Минска случай самоубийства. Исследовательская выборка представлена совершившими самоубийство жителями г. Мин-

ска – 2406 случая: 1857 (77,2%) и 549 (22,8%), соответственно, лицами мужского и женского пола.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Следует отметить, что сведения из прокуратуры г. Минска о годовом абсолютном числе самоубийств в данные годы отличаются от таковых официальной статистической отчетности в сторону более высоких показателей, что, вероятно, указывает на наличие проблемы регистрации, учета и формального «сокрытия» случаев самоубийств под другими рубриками официальной отчетности «смертности по причинам смерти». В нашем исследовании при гендерном сопоставлении отмечены более молодой возраст совершения самоубийственного акта среди мужчин ($45,6 \pm 0,4$ лет против $53,0 \pm 0,8$ лет при соответствующих медианах вариационного ряда в 46 лет и 52 года; $t=9,189$ и $P<0,001$) и в 1,8 раз чаще его совершение в состоянии алкогольного опьянения (в 59,8% против 32,4% случаев; $t=11,830$ и $P<0,001$). Основная тенденция, описывающая динамическую изменчивость сезонного фактора риска совершения самоубийства как в мужской, так и женской исследовательских выборках, имела криволинейную направленность (полином 3-го порядка), но с некоторым гендерными циклическими особенностями: «пик-антипик» в мужской выборке G «лето-зима» (28,6%/22,8% случаев) и в женской G «лето-осень» (27,9%/21,3% случаев).

Таким же характерной направленности (по параболе 3-го порядка) в разрезе времени года фиксировалась гендерная тенденция динамической изменчивости алкогольного фактора риска совершения самоубийства, но с более высокой амплитудой цикличности размаха: максимум случаев самоубийств в состоянии алкогольного опьянения в мужской выборке в летнее время года (31,5% от всех случаев самоубийств с состоянием алкогольного опьянения среди мужчин-суицидентов) и минимум в зимнее время (21,3%) в сопоставлении с максимумом/минимумом случаев самоубийств в состоянии алкогольного опьянения летом/осенью (29,2%/21,9%) в женской выборке суицидентов. Случайность сезонного гендерного распределения частотности случаев самоубийств ($\chi^2=3,91$; $P=0,27$) и гендерных сезонно-алкогольных параллельных взаимоотношений ($\chi^2=2,54$; $P=0,47$) исключает биологическую детерминанту сезонных и сезонно-алкогольных вариаций в суицидогенезе и свидетельствует в пользу иных детерминант формирования суицидальной готовности среди населения республики (социальных, психологических, культуральных и иных), по крайней мере, среди ее городской популяции.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Летний период года сопряжен с наиболее высоким суицидальным риском среди городского населения республики и имеет прямое корреляционное сопоставление с употреблением алкоголя как фактора катализации для реализации задуманного суицидального намерения.

Драгунов Ю. В., Романчук И. С.
МЦ «Incredere-DNM», Кишинев, Молдова

Применение препарата Тенотен при лечении зависимостей

■ ВВЕДЕНИЕ

Лечение зависимостей является сложной проблемой и требует комплексного подхода, учитывающего биологические и психосоциальные особенности каждого пациента. Известно, что абстиненция часто сопровождается повышением уровня тревожности, что может привести к «срыву», к возникновению новых патологических психосоматических взаимосвязей, к бессоннице и другим нежелательным явлениям. Назначение анксиолитиков на длительный период такому контингенту пациентов требует осторожности, в виду возможного развития зависимости от препарата. Тенотен - современный биотехнологический препарат, сочетающий противотревожный эффект с умеренным активирующим действием.

■ ЦЕЛЬ

Определить эффективность препарата Тенотен в комплексном лечении зависимостей.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

26 пациентов с зависимостями (15 с табачной зависимостью после проведения эмоционально-стрессовой терапии и 11 с игровой зависимостью) были обследованы (ЭЭГ) и принимали лечение: сеансы психотерапии (с использованием эриксоновских, НЛП, когнитивных техник, ДГДГ) с частотой 1 раз в неделю, медикаментозное лечение у невропатолога (сосудистые, ноотропные препараты). Из них 14-и пациентам (6 с игровой и 8 с табачной зависимостью) дополнительно назначили Тенотен по 6-10 таблеток в день в течение 1 месяца.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

У 12 пациентов, не принимающих Тенотен (7 курильщиков и 5 с игровой зависимостью), компульсивные влечения угасли после 6-7 сеансов, а при комплексном лечении с применением препарата Тенотен – после 3-4 сеансов психотерапии. Стойкая ремиссия в течение одного года наблюдалась у 8-и пациентов (100%) с табачной и у 5-и (83,33%) с игровой зависимостью, принимавших Тенотен. У остальных – в 4-х (57,14%) случаях табачной и 3-х (60%) случаях игровой зависимости.

■ ВЫВОДЫ

Дополнительное назначение препарата Тенотен в комплексном лечении табачной и игровой зависимости позволяет добиться повышения эффективности терапевтических мер и более стойкой ремиссии.

Драгунов Ю. В., Драгунов М. Ю.
МЦ «Incredere-DNM», Кишинев, Молдова

Лечение игровой зависимости

■ ВВЕДЕНИЕ

Азартные игры (гэмблинг) могут вызывать зависимость, в чем-то напоминающую алкогольную или даже наркотическую. Только эта зависимость не связана с приемом веществ, изменяющих психическое состояние. В детском возрасте игровая зависимость обычно развивается в отношении компьютерных игр. Это пример невротического конфликта, нуждающегося в индивидуальной психотерапевтической коррекции. Более глобальная проблема – игровая зависимость, связанная с игорными домами, казино, игровыми автоматами. В таких случаях развивается зависимое поведение от азартных игр, которое по биохимическим процессам подобно алкогольной зависимости. В коре головного мозга формируется доминанта или очаг застойного возбуждения.

Лечение гемблинга является сложной проблемой и требует комплексного подхода, учитывающего биологические и психосоциальные особенности каждого пациента.

■ ЦЕЛЬ

Определить мишени терапевтического воздействия и его эффективность при лечении игровой зависимости.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование и лечение проводилось в медицинском центре “Incredere-DNM” г. Кишинева. Нами было пролечено 67 пациентов в возрасте от 17 до 47 лет, различных социальных слоев населения, в числе которых было 3 женщины и 64 мужчины.

Критерии включения: игровая зависимость.

Критерии исключения: тяжелая соматическая, неврологическая патология; эндогенные психические заболевания.

Лечение пациентов с игровой зависимостью заключалось в проведении сеансов психотерапии (один-два раза в неделю) с использованием эриксоновских, НЛП, когнитивных техник и ДПДГ. Медикаментозное лечение было назначено неврологом и состояло из назначения сосудистых, ноотропных и витаминных препаратов в стандартных дозах. В обязательном порядке всем пациентам проводился сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии (кодирование) с полным запретом играть в любые азартные игры на деньги. Кроме того проводилась терапия с со-зависимыми родственниками. После завершения курса лечения назначается диспансерное наблюдение с периодичностью в первые полгода – 1 месяц, затем – 3 месяца, затем – раз в 6 месяцев, затем – раз в год.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

За период с 2004 по начало 2009 года у нас прошло лечение 47 человек. У троих ремиссия длится три года, у 14 – два года, у 12 – один год. 10 человек «сорвались» в течение первого года после лечения. Судьба еще восьмерых неизвестна.

■ ВЫВОДЫ

Игроманам необходима поэтапная медицинская помощь: консультация квалифицированного невропатолога, психотерапевта, курс групповой и индивидуальной психотерапии с последующим диспансерным наблюдением. Причем, психотерапевтическая помощь в таких случаях зачастую необходима не только самому игроману, но и членам его семьи. Поскольку они сами становятся «созависимыми».

Жаранков К. С.
ГУО «БелМАПО», Минск

Значение алкогольного опьянения и алкогольной зависимости в суицидальном поведении

Суицидальное поведение представляет собой одну из самых актуальных проблем современного общества. По данным ВОЗ, в большинстве экономически развитых стран мира самоубийство входит в первую десятку причин смерти. По данным литературы, известно, что уровень суицидальных попыток превышает уровень суицидов в 8 – 10 раз, а их повторяемость составляет 25 – 30%. Суицидальные действия на них наносят огромный моральный и материальный ущерб обществу. 70-80% суицидальных действий совершают лица трудоспособного возраста (от 20 до 50 лет).

Мужчины, злоупотребляющие алкоголем, совершают суицид в 7 раз чаще женщин, имеющих алкогольные проблемы. В Республике Беларусь в состоянии алкогольного опьянения 62,3% суицидов приходится на долю мужчин и 32,2% - на долю женщин. Больные алкоголизмом женщины значительно чаще, чем мужчины, совершают парасуициды. В Республике Беларусь пики парасуицидов больных с алкогольной зависимостью приходятся на возрастные группы 21-30 и 50-55 лет.

Влияние алкогольной интоксикации наиболее суицидально опасно для соматически ослабленных подростков и женщин, лиц, пребывающих в стрессовых ситуациях, при всех вариантах социально-психологической дезадаптации, при наличии акцентуации или расстройства личности. С одной стороны, алкоголь снимает витальный страх, ослабляет контроль, облегчает выполнение задуманного, выпивка выступает в виде символического акта прощания с жизнью. В то же время повышает агрессивность, конфликтность и демонстративность, усугубляет психический дискомфорт, потенцирует развитие чувства вины, суицидальные мысли.

Между приемом алкоголя и суицидальным поведением существует два основных типа взаимоотношений:

- алкоголь принимается до появления суицидальных мыслей. В состоянии опьянения вначале возникают конфликты, затем - суицидальные тенденции, которые реализуются в суицидальных действиях;
- алкоголь принимается после появления суицидальных мыслей с целью облегчить реализацию суицидального намерения.

Суицидальное поведение больных алкогольной зависимостью определяется триадой суицидальных факторов: особенностью алкогольного изменения личности, выраженностью патологического влечения к алкоголю и личностная значимость микросоциального конфликта.

Алкогольная депрессия – одна из наиболее частых причин суицидальных попыток, совершаемых лицами, злоупотребляющими алкоголем. Также алкоголизм вызывает психосоциальную дезадаптацию, которая увеличивает риск суицидального поведения.

Суицидальное поведение и алкоголизм рассматриваются с позиции многофакторной модели. Профилактические мероприятия должны быть направлены не только на лиц, страдающих алкогольной зависимостью, у которых выявлены классические проявления суицидальности, но и на тех, чья аутоагрессивность представлена пока лишь только фактом алкоголизации.

Иванов В. В.

Центральная поликлиника МВД Республики Беларусь, Минск

Опыт создания устойчивого терапевтического сообщества лиц, страдающих зависимостью от алкоголя

Остается проблемой достижение у больных алкоголизмом длительных устойчивых ремиссий. По литературным данным, лишь 5-7 % больных алкоголизмом не возвращаются к употреблению алкоголя в течение 5 лет и более. С 2000 года в Минске проводится долгосрочная психотерапия и реабилитация больных алкоголизмом в формате терапевтического сообщества (ТС «Ковчег»).

Терапевтическое сообщество – это группа людей, объединенных общей идеей исцеления на основе совместной деятельности и жизни под руководством специалиста. Целью ТС «Ковчег» является достижение устойчивой ремиссии.

ТС «Ковчег» использует следующие подходы, способствующие поведенческим и мировоззренческим изменениям: активное участие, обратная связь членов терапевтического сообщества, ролевое моделирование, коллективные способы для руководства индивидуальным изменением, общие нормы и ценности, структури-

рованность и систематичность, открытые коммуникации, взаимоотношения личности и группы.

Воздержание от поверхностно-активных веществ (далее – ПАВ) является важным, но не единственным показателем успешной реабилитации. Главный показатель – возвращение в социум и возобновление нормальной жизнедеятельности. Реабилитация завершается овладением основными жизненными навыками, бытовыми умениями, способностью к регулярной учебе и труду.

Основу ТС составляют «ветераны» программы, имеющие стаж трезвости 3 года и более и обладающие способностями оказания помощи новичкам (параспециалисты). Врач психотерапевт проводит первичную консультацию и назначает новичку наставника из числа параспециалистов. В идеале формируется недельный или месячный план помощи, в который обычно входит посещение терапевтической группы, индивидуальные встречи с наставником, индивидуальная работа по терапевтическому модулю, чтение специальной литературы, знакомство с работой групп анонимных алкоголиков (далее – АА), другие необходимые мероприятия, определяемые в индивидуальном порядке. Новичок имеет возможность регулярно встречаться с психологом и врачом и участвовать в различных рекреационных мероприятиях, организуемых ТС. Наставник следит за выполнением плана и оказывает новичку необходимую помощь.

ТС «Ковчег» сотрудничает с Движением АА в Беларуси и за ее пределами, оказывая благотворное влияние даже на тех больных, которые не являются членами терапевтического сообщества.

За 9 лет существования ТС на некоммерческой основе была оказана помощь более 200 человек.

В указанной модели привлекает ее доступность для населения, низкая стоимость, возможность организации в любом населенном пункте, в отдалении от крупных медицинских центров.

Игумнов С. А., Станько Э. П.

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск,

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Потребители инъекционных наркотиков, ВИЧ-инфекция и противоправная активность: анализ данных и поиск зависимостей

Наркотическая зависимость представляет собой сложную медико-социальную проблему, обусловленную не только рядом психических и соматоневрологических расстройств, но и тяжелыми, отдаленными социальными последствиями, которые

часто превышают непосредственный эффект употребления наркотиков, изменяют качество жизни и социальное функционирование потребителя.

В эпидемиологии наркологических заболеваний наибольшую информационную значимость, с учетом требований Европейского центра мониторинга за наркотиками и наркопотреблением (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), имеют пять основных показателей: распространенность потребления наркотиков среди населения, проблемное употребление наркотиков, смертность вследствие потребления наркотических средств, потребность в лечении и инфекционные заболевания у наркопотребителей [Commission on Narcotic Drugs, 2000]. Вышеуказанные медико-социальные показатели (заболеваемость, болезненность, смертность и др.) позволяют судить об остроте проблемы, создаваемой данной патологией для отдельного региона и государства в целом.

В настоящей работе предполагается рассмотреть основные эпидемиологические аспекты потребления наркотиков и распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), также особенности противоправной активности ПИН. В качестве базовых критериев в данном случае предлагается использовать медико-социальные проблемы, возникающие при их употреблении (заболеваемость, болезненность, смертность). Косвенными критериями наркологической ситуации, представляющих социальную значимость проблемы, являются показатели ВИЧ-инфицированности среди ПИН и характеристика их противоправной активности.

Источниками информации являются статистические материалы наркологической службы Министерства здравоохранения (МЗ), Министерства внутренних дел (МВД) Республики Беларусь (РБ), ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», Центра мониторинга за наркотиками и наркопотреблением УО «Гродненский государственный медицинский университет», УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология».

Проведенное исследование позволяет выявить ряд медико-социальных и поведенческих факторов, связанных с употреблением нелегальных ПАВ, установить их влияние на распространение ВИЧ-инфекции среди ПИН и особенности их противоправной активности.

Вовлечение в наркотизацию людей молодого, наиболее дееспособного возраста, и в связи с этим, отсутствие и/или низкий у многих из них уровень образования; отсутствие трудовой занятости; присоединение коморбидной патологии (ВИЧ-инфекция) обуславливают высокую социальную значимость данной проблемы.

Климович А. С., Копытов А. В.

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

УЩ «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Медико-социальная экспертиза больных с алкогольной зависимостью

Алкогольная зависимость является не только медицинской, но и социально-экономической проблемой, поскольку приводит к нарушению трудоспособности (В.Т. Кондрашенко, А.Ф. Скугаревский, 1983; Н.Н. Иванец, 2008). При различных стадиях алкогольной зависимости, а также при психических заболеваниях, осложненных алкогольной зависимостью у больных нередко наблюдается потеря трудоспособности (А.С. Климович, Ф.Ф. Гордиеня, 1978).

Актуальность проблемы объясняется распространенностью этого заболевания. При решении вопросов медико-социальной экспертизы необходимо учитывать стадию алкогольной зависимости, а также особенности течения этого заболевания, наличия сомато-неврологических расстройств.

При проведении исследования было проанализировано психическое состояние и неврологический статус у 38 больных с алкогольной зависимостью, проходивших стационарное лечение в наркологическом отделении. Из них соответствовали критериям второй стадии зависимости – 16 человек, с 3-й – 22 человека. При ретроспективной оценке социального статуса выявлено, что большинство из них в прошлом являлись высококвалифицированными специалистами. У больных со второй стадией алкогольной зависимости клинически определялись снижение личностного в виде снижения интеллектуального, мнестического, нравственного потенциала. В этой стадии у больных наблюдались алкогольные психозы. Изменения личности характеризовались нравственным снижением, появлялась грубость в отношениях к окружающим, лживость, аффективные колебания настроения. Когнитивные функции были заметно снижены, отмечалось снижение критики к состоянию и поведению. Переход из второй стадии в третью определялся новыми клиническими паттернами, которые были обусловлены развивающейся токсической энцефалопатией, что свидетельствовало об утяжелении болезни. В третьей стадии алкогольной зависимости отмечались грубая социальная, психическая и физическая деградация, что приводило к утрате способности к профессиональному труду.

При решении вопросов медико-социальной экспертизы необходимо учитывать стадию развития болезни, тип деградации личности. У обследованных больных в зависимости от клинической картины выделены 3 типа деградации: а) психопатоподобный тип – у 4 больных. Клинически проявлялся несдержанием аффекта, взрывчатостью, эйфорией, что приводило к переоценке своих возможностей, утратой этических норм поведения; б) органически-сосудистый тип – у 6 больных.

Проявлялся когнитивными нарушениями близкими к деменции, клиническую картину которой описал В.И.Стрельчук (1973); в) смешанный тип деградации наблюдался у 3 больных. В клинической картине сочетались проявления психопатологических расстройств и органических изменений личности.

В практике медико-социальной экспертизы выделяют 4 типа течения заболевания, которые описаны В.М. Эйтин, И.Г. Ураков (1975). Первый – прогрессивный тип течения – у 4 больных, и проявлялся длительными запоями, тяжелыми интоксикациями, неконтролируемым поведением в состоянии опьянения, агрессией. В этой группе больных наблюдалось быстрое прогрессирование неврологической и соматической патологии, тяжелые алкогольные психозы. Второй – стационарный тип течения – у 7 больных. Наблюдалось длительное запое с кратковременными ремиссиями. Третий – регрессивный тип - у 5 больных. Отмечались длительные ремиссии, во время которых у некоторых больных происходила компенсация, измененных нарушений личности. Больные восстанавливали трудоспособность с некоторой утратой профессиональных навыков. Четвертый – смешанный тип – у 3 больных. Наблюдалось выраженные психические и сомато-неврологические расстройства. В большинстве случаев они признаны нетрудоспособными.

При направлении больных на МРЭК необходимо учитывать стадию алкогольной зависимости, тип течения, а также наличие сопутствующих сомато-неврологических изменений с учетом степени их выраженности.

Князев Ю. Н.

УЗ «Бобруйская центральная больница»,

филиал «Бобруйский наркологический диспансер», Бобруйск

Стратегия профилактики потребления психоактивных веществ учащейся молодежью

Успех работы по формированию здорового образа жизни /ЗОЖ/ подростков и молодежи зависит от специфики методов, средств и форм, которые используются в этой работе. В рамках проведения ежегодных «недель здоровья» в общеобразовательных учреждениях практикуется такая форма работы, как «круглые столы», на которых учащиеся 9 -10 классов получают квалифицированные ответы на вопросы по актуальным проблемам профилактики зависимости от психоактивных веществ, вопросам ЗОЖ. Достаточно новой и перспективной формой работы является проведение в школах, ПТУЗах, ССУЗах ток-шоу, на которых все участники получают листовки или справочные материалы по теме, демонстрируются видеофильмы. В школах организуются

конкурсы творческих работ /сочинения, радиовыступления/, а также «ярмарки и фестивали здоровья».

За период с 2003 по 2009 годы нами было издано и роздано в учебные заведения и библиотеки города 10 учебно- методических пособий и информационных материалов по вопросу профилактики потребления психоактивных веществ (ПАВ) и ЗОЖ [1 – 8].

В марте 2009года нами было проведено выборочное социологическое исследование учащихся 9-10 классов СОШ (707 респондентов в возрасте 14-17лет) и 210 респондентов, учащихся 1-2 курсов ПТУЗов (в возрасте 16-20 лет). Всего было 917 респондентов.

Анализ обработки статистических данных показал, что за последние 8 лет изменилось потребление ПАВ как школьниками, так и учащимися ПТУЗов. Табакокурение увеличилось у школьников на 10% у юношей (Ю) и на 0,6% у девушек (Д), в то время как табакокурение учащихся 1-2 курсов ПТУЗов снизилось (у юношей на 7,1%, у девушек на 1,3%). Контакты со спиртными напитками снизилось как у юношей, так и у девушек школ (Ю- на 7,1%, Д – на 7,2%) в ПТУЗах (Ю- на 7,2%, Д- на 14,9%). По видам потребляемых спиртных напитков преобладающими являются слабоалкогольные (пиво и джин-тоник) как у школьников (Ю-65,0%, Д- 57,0%), так и у учащихся ПТУЗов (Ю- 61,0%, Д- 71,0%), потребление виноводочных изделий колеблется от 6 до 36% у учащихся школ и ПТУЗов.

Эпизодический прием токсикоманических средств (ингалянтов, насвая) составил у школьников (Ю-5,3%, Д-1,7%), у учащихся ПТУЗов их прием отмечен только у юношей – 12,3%.

Эпизодический прием наркотических средств за 8 лет (курение марихуаны, потребление таблетированных наркотиков – экстази) снизилось у школьников (у юношей на 3,5%, у девушек – на 2,4%). Среди учащихся ПТУЗов отмечено снижение потребления наркотиков у юношей на 1,7%, при некотором повышении у девушек – на 2,1%.

Конфликты респондентов с правоохранительными органами в связи с нарушением антиалкогольного законодательства в целом снизилось за 8 лет и составили в 2009 году у школьников /Ю- 4,5%, Д- 0, 8%/, среди учащихся ПТУЗов конфликты отмечены только среди юношей – 12,3%.

Своевременное выявление подростков, склонных к контактам с ПАВ социальными работниками психологами школ и профессионально – технических учреждений позволит врачам наркологам своевременно обследовать их и предупреждать развитие зависимости от ПАВ.

Копытов А. В., Куликовский В. Л., Игнатович Д. А., Копытов В. Ф
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск
УЗ «Лепельская областная психиатрическая больница», Лепель

Взаимосвязь алкоголизации с особенностями сексуальной сферы у молодых мужчин

Частота тех или иных половых расстройств у лиц, страдающих алкоголизмом, по данным разных авторов, имеет широкий диапазон от 4 до 80% из-за различных методик исследования, различных возрастных групп, отсутствия учета стадий алкоголизма. По данным Ю.Т. Жукова (1967), они выявляются у 33 % пациентов в виде недостаточной эрекции, преждевременной эякуляции, понижения полового влечения и патологического изменения оргазма. Особый интерес представляет вопрос о том, не является ли первоначально слабая половая конституция одним из пусковых механизмов, способствующих употреблению алкоголя, который вначале частично стимулирует половую функцию, а в дальнейшем постепенно ее разрушает. Возможность быстрого развития алкоголизма у мужчин с имеющейся сексуальной недостаточностью, которая в дальнейшем усугубляется, отмечена некоторыми авторами в прошлом веке (И.В. Стрельчук, 1966 г., И.И. Лукомский, 1967 г., Мартынов, 1969 г., Г.М. Энтим, 1972 г.). Факторами формирования алкогольной зависимости являются недостаточность эрекции в 78 % случаев, непродолжительность полового акта и преждевременное семяизвержение в 65 %.

Гипотеза исследования: слабая половая конституция связана с задержкой пубертатного развития и является одним из патогенетических звеньев формирования риска алкоголизации и алкогольной зависимости.

Обследовано 175 лиц мужского пола в возрасте от 15 до 25 лет. Из них 98 человек имели проблемы с алкоголем (риск зависимости или синдром зависимости), 77 (группа сравнения) без алкогольных проблем. Исследовательские инструменты и методы: клинический с использованием диагностических критериев МКБ-10; тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT); шкала векторного определения половой конституции мужчин (Г.С. Васильченко, 1974).

При сравнении двух вышеуказанных групп: у 67% лиц с алкогольными проблемами имел место низкий индекс половой конституции, в контроле – у 17% ($p < 0,01$). У пациентов с низкими показателями генотипического индекса в основном отмечался синдром поражения нейругуморальной составляющей, проявляющийся первичной задержкой пубертатного развития, который сочетался с невротическими и неврозоподобными состояниями. Низкий генотипический уровень индекса обуславливал относительную индифферентность отношения к представителям противоположного пола, жалобами на недостаточную возбудимость, слабость эрекции, ускоренную эякуляцию, затрудненность повторных половых актов. При

половых связях чаще инициаторами были женщины. Обманчивый и кратковременный эффект «лечения» алкоголем, по совету друзей, только выявлял преморбидно имевшиеся функциональные расстройства. Кроме того, что алкоголь выступал в роли пускового механизма сексуального контакта, он в то же время являлся хорошим средством защиты от неудачи или конфликта, так как на него можно списать такое безответственное поведение. Отрицательными последствиями употребления алкоголя являются случайные, беспорядочные сексуальные связи, испорченные межличностные отношения, чувства стыда из-за несовершенного сексуального контакта. У лиц со слабой половой конституцией реализация сексуальных потребностей зависит от дозы спиртного: малые дозы способствуют получению удовольствия; с увеличением дозы спиртного возникает разочарование, так как «не получается» то, чего ожидали. И в том, и в другом случае это подкрепляет мотивацию к повторной алкоголизации.

Копытов А. В., Обьедков В. Г., Игнатович М. А., Куликовский В. Л.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Результаты исследования исполнительской функции при алкогольной зависимости у подростков и молодежи

Лица, страдающие зависимостью от ПАВ, часто имеют когнитивный дефицит в разных областях когнитивного функционирования (интеллектуальные способности, речевое развитие, успехи в обучении, внимание, способность принятия решений, мастерство вербализации, математические способности, коэффициент интеллекта, перцептивно-моторные умения, долгосрочная и кратковременная память).

Одна из существенных проблем когнитивной сферы, у больных синдромом зависимости к алкоголю, является проблема с исполнительского функционирования (ИФ). ИФ – одна из высших когнитивных конструкций, включающая планирование, инициирование и регулирование целенаправленного поведения. ИФ, включает способности, относящиеся к вниманию, планированию стратегических целей, решения проблем, когнитивной гибкости, генерации гипотез, способность организовать и адаптивно использовать информацию, содержащуюся в рабочей памяти.

При исследовании проблем алкогольной зависимости одни исследователи делают акцент на проблемах ИФ, которое предопределяет более ранний возраст начала употребления, увеличение частоты интоксикации и алкогольных проблем, негативных последствий, связанных с употреблением алкоголя у социально пьющих. Другие – на социальных аспектах пьющих, не предлагающие отношения между когнитивным функционированием и потреблением алкоголя.

Причины для этих несогласованных данных в том, что когнитивный дефицит, наблюдаемый у алкоголиков, этиологически более связан с коморбидной психопатологией, особенно склонностью к агрессивному поведению и асоциальному расстройству личности.

Обследованы 67 лиц мужского пола в возрасте от 16 до 25 лет с алкогольной зависимостью и 77 человек без алкогольных проблем (контроль), находившиеся на лечении и обследовании в ГУ «РНПЦ ПЗ». Методы исследования: клинический, в соответствии с критериями МКБ-10; тест AUDIT; исследования уровня импульсивности; Висконсинский тест сортировки карточек (Wisconsin card sorting test: Computer version); Тест Струпе (Stroop test: Computer version); исследование аудио-визуальных сенсомоторных реакций (Computer version).

По сравнению с контрольной группой пациенты с алкогольными проблемами обычно показывают более низкий уровень когнитивного и исполнительского функционирования (когнитивной гибкости, внимания, способности блокировать отвлекающие стимулы, сенсомоторных реакций, переключаемости мышления, умения построения новых гипотез) и высокий уровень импульсивности ($p < 0,05$). Снижение ИФ - этиологический предшественник импульсивного поведения (обратная корреляция, $p < 0,05$).

Импульсивность – один из показателей потребления ПАВ в раннем возрасте, злоупотребления, и алкогольной зависимости (данные корреляционного анализа, $p < 0,05$). По сравнению с ИФ, импульсивность имеет более тесное влияние на потребление алкоголя.

Включение импульсивности как посреднической переменной в отношении между ИФ и потреблением алкоголя будет играть важную роль в прояснении некоторых механизмов ранней алкоголизации.

Короткевич Т. В., Максимчук В. П.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Подходы к организации информационных сетей в наркологии

Одним из важных механизмов совершенствования организации наркологической службы, повышения эффективности профилактических мероприятий по предупреждению пьянства и алкоголизма является распространение информации о научных и статистических исследованиях по данной проблеме. В настоящее время представление научной информации в компьютерной сети «Интернет» с целью интенсификации научного обмена и междисциплинарных контактов является чрезвычайно актуальной задачей. Широкое внедрение информационного обмена через компьютерную сеть представляется экономически целесообразным и

весьма перспективным в плане перехода к современным информационным технологиям. Большинство научных учреждений страны имеют свои «электронные страницы» в сети «Интернет». Принимая во внимание остроту ситуации с распространением психоактивных веществ в современном обществе, представляется собой крайне актуальным осуществлять профилактическую, организационно-методическую, консультативную деятельность, а также научно-информационный обмен по тем или иным вопросам наркологии с помощью сети «Интернет». В связи с этим необходимо уделить пристальное внимание некоторым организационным вопросам оформления наркологических страниц или сайтов. Подача специального материала должна отвечать следующим требованиям:

1. Информация должна вызывать интерес у широкого круга абонентов сети «Интернет», заинтересованных в проблеме.
2. Сайт должен содержать информацию для врачей- наркологов.
3. Сайт должен представлять практический интерес для специалистов других ведомств, работающих с зависимыми людьми.

Считаем, что на современном этапе целесообразным является создание специализированных наркологических серверов. Примерная структура такого сервера должна включать следующие разделы:

1. Регистрация пользователей, где будут выделяться специалисты в профильной области.
2. Анкетирование для сбора информации о посетителях сайта.
3. Страница популярных вопросов и ответов для широкого круга лиц, в том числе для злоупотребляющие наркотиками и алкоголем.
4. Раздел для специалистов, где будут размещаться материалы для профессионалов различного профиля.
5. Лечение – раздел, содержащий адреса, контактные телефоны, государственных организаций и общественных объединениях, а также формы оказываемой наркологической помощи.
6. Электронные версии журналов, освещающих вопросы наркологии.
7. Нормативные базы данных.
8. Научные новости – раздел, содержащий информацию о конференциях, семинарах, перспективных научных исследованиях в области наркологии.

Актуальность организации информационного обмена возрастает в связи с созданием на базе РНПЦ психического здоровья Республиканского центра мониторинга по изучению распространения потребления алкогольных напитков, пьянства, алкоголизма и наркомании в Республике Беларусь. Реализация данного проекта с учетом рекомендуемой структуры сервера значительно повысит уровень информации среди специалистов и эффективность всей лечебно-реабилитационной работы в области наркологии.

Короткевич Т. В., Осипчик С. И., Максимчук В. П.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Система мониторинга алкогольного потребления

Пьянство и алкоголизм представляют серьезную угрозу здоровью населения, сдерживают культурное и социально-экономическое развитие общества. Проблема чрезмерного употребления алкоголя и связанные с ними последствия достигли угрожающих размеров, а алкоголь стал одним из важнейших факторов риска для здоровья во всем мире. По некоторым прогностическим оценкам, реальное число больных алкоголизмом среди населения примерно в 5 раз превышает количество больных, состоящих на учете в наркологических диспансерах (Иванец Н.Н., 2008). По данным Барановского Н.А. (2008), только 15% граждан республики полностью воздерживаются от употребления алкоголя, 43% – употребляет алкоголь редко и в небольшом количестве, 31% – эпизодически злоупотребляет спиртными напитками, а 11% – систематически, т. е. более трети населения республики злоупотребляет спиртными напитками. При этом систематическое пьянство составляет среди мужчин - 19%, среди женщин – 2%, среди молодежи – 11%; среди городского и сельского населения – 11% и 8% соответственно. Необходимость получения достоверной информации о потреблении спиртных напитков в обществе предопределяет внедрение системы мониторинга алкогольного потребления.

Мониторинг – это система сбора данных о сложном явлении, процессе, которые описываются с помощью определенных показателей в целях диагностики состояния объекта исследования и оценки его в динамике. Мониторинг направлен на получение и использование объективных и независимых данных об объекте исследования, факторах на него влияющих, и составлении прогноза изменения ситуации в будущем. В качестве индикаторов используются социальные, медицинские, демографические, психологические, юридические, экономические показатели, которые отражают аспекты и направления группового поведения. Внедрение системы мониторинга позволит получить динамическую информацию о том, кто употребляет алкоголь, сравнить его потребление среди различных субпопуляций, определить объемы потребления, проследить связь моделей потребления с их последствиями.

В Российской Федерации отдельные виды исследований в рамках мониторинга алкогольного потребления на постоянной основе проводят следующие организации: Центр демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН; Центр мониторинга вредных привычек детей и подростков при ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минсоцздрава РФ; Московский НИИ психиатрии Минсоцздрава РФ; кафедра организации социальных систем и антикризисного управления Российской академии государственной службы при Президенте РФ; Центр разработки национальной алкогольной политики. В Украине существует национальный медицинский и мониторинговый центр

по алкоголю и наркотикам при Минздраве Украины. В США основные исследования по мониторингу алкогольного потребления концентрируются в Национальном институте пьянства. Периодически проводятся исследования по мониторингу ущерба от пьянства и алкоголизма в отдельных штатах, под эгидой местных администраций. При администрации президента США существует постоянный комитет по исследованию пьянства и алкоголизма и ущерба от него.

В Республике Беларусь 1 сентября 2009 г. приказом Министерства здравоохранения в РНПЦ психического здоровья создан Республиканский центр мониторинга по изучению распространения потребления алкогольных напитков, пьянства и алкоголизма.

Кравченко Т. Н., Кулак А. И.

УО «Белорусский государственный университет», Минск

Особенности волевой сферы наркозависимых

В последние годы волна наркомании захлестнула постсоветские страны, и, несмотря на достаточно большой теоретический и эмпирический материал, посвященный наркомании и психологии зависимости, мало внимания уделено лично-волевым особенностям наркозависимых.

Существует большое количество исследований различных патологий воли. Самыми сложными формами волевой недостаточности считаются различные виды зависимости. Самая важная особенность наркотиков - то, что они не только уменьшают порог болевой чувствительности, но также изменяя реакцию на боль. Кроме того, наркотики вызывают острую эйфорию. Именно это чувство частично управляет психикой некоторых личностей, направляя поведение на получение и применение этих веществ. Следствием развившейся зависимости от ПАВ являются устойчивые изменения личности. Именно поэтому невозможно изучать изолированно особенности волевой сферы в отрыве от остальных составляющих личности наркозависимого. Волевое действие совершается по схеме: влечение, цель и действие. В силу ослабленного самоконтроля и нарушения сбалансированности противоположностей у наркозависимых наблюдается деформация влечений, снижены способности к рефлексии, анализу и самоанализу. Однако нельзя сказать, что у них отсутствует волевая активность. Ее особенность у наркозависимых заключается в том, что у них происходит искажение мотивационной сферы и подмена нормальных человеческих потребностей на потребность употребления наркотического вещества.

Мы выдвинули следующую гипотезу исследования: наркозависимые демонстрируют сниженную способность к произвольному контролю. Для проведения исследования нами использовались следующие методики: 1) персональный опро-

сник В.Столина, позволяющий выявить три уровня самооотношения, отличающихся по степени обобщенности: а)глобальное самооотношение; б) самооотношение, дифференцированное по самоуважению, аутсимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе; в)уровень конкретных действий (готовностей к ним) в отношении к своему «Я». 2)диагностика выраженности самоконтроля в эмоциональной сфере, деятельности и поведении (социальный самоконтроль). В исследовании приняли участие 26 человек, разделенных на 2 группы: экспериментальную и контрольную. Экспериментальную группу составили 13 мужчин в возрасте 20-40 лет, страдающих от наркотической зависимости, являвшиеся пациентами наркологического диспансера г.Минска. В контрольную вошли 13 мужчин того же возраста, не имеющие наркотической и алкогольной зависимости.

Результаты, полученные в исследовании, подтвердили гипотезу: наркозависимые действительно демонстрирует снижение произвольной регуляции в сфере эмоционального, деятельного и социального контроля по сравнению с контрольной группой. Для оценки значимости различий нами использовался хи-квадрат Пирсона. Для шкал эмоционального, деятельного и социального контроля, а так же шкал интегральной самооценки, самоуважения, аутсимпатии, самопринятия, отношения других и шкалы самообвинения $p < 0,001$.

На наш взгляд сниженная способность к самоконтролю наркозависимых связана с тем, что они, несмотря на высокую самокритичность и не ослабший в результате употребления наркотиков самоинтерес, обладают все-таки более низким уровнем самооотношения, т.е. уровнем конкретных действий (готовностей к ним) в отношении к своему «Я». Из-за того, что вся произвольная активность направлена на употребление наркотиков, возрастает критика к себе, но падает уровень самопоследовательности и самоуважения.

Кралько А. А.

Комитет по исполнению наказаний МВД РБ, Минск

Опиоидная заместительная терапия в тюрьмах: состояние проблемы и перспективы

Лечение наркозависимости в тюрьмах актуально для всех стран мира. От 10 до 48% заключенных мужского пола злоупотребляют наркотиками или имеют наркотическую зависимость, а среди заключенных женского пола – от 30,3 до 60,4% (Fazel, Bains, Doll, 2006). В структуре наркопотребления, как правило, преобладают опиаты, что характерно и для Республики Беларусь. В 2008 году в местах лишения свободы нашей республики потребители опиоидных веществ составляли 85,2% от всех зарегистрированных больных наркотической зависимостью. В связи с этим, а также в связи с непрекращающимся распространением ВИЧ-инфекции, в послед-

нее время все чаще обсуждается целесообразность внедрения программ заместительной терапии (ЗТ) в тюрьмах.

Первая экспериментальная программа ЗТ, в рамках которой метадон назначался заключенным перед выходом на свободу, была реализована в Нью-Йорке в 1968 г. В последующем такие программы существовали в тюрьме Калифорнии, в Нидерландах, Великобритании, Дании, Швеции, Австралии. Сегодня ЗТ в тюрьмах применяется более чем в 30 странах: в большинстве тюрем Канады и Австралии, в некоторых тюрьмах США, в большинстве тюремных систем 15 «старых» стран - членов ЕС, а также в Иране и Индонезии. В Испании 18 % всех заключенных, или 82 % лиц с проблемным наркопотреблением в тюрьме, получают ЗТ. Программы ЗТ существуют также в некоторых «новых» странах - членах ЕС (Венгрия, Мальта, Словения и Польша), а также в Молдове, Кыргызстане и Албании.

Опыт применения ЗТ в тюрьмах показал, что:

- адекватные тюремные программы ЗТ эффективно снижают инъекционное потребление наркотиков, а также сопутствующее ему использование нестерильного инъекционного материала и передачу инфекций;
- удержание на ЗТ ассоциируется со снижением смертности;
- в отличие от программ детоксикации, тюремные программы ЗТ в значительной мере содействуют обращению за лечением и продолжению лечения после освобождения;
- снижается риск рецидивной преступности;
- ЗТ оказывает положительный эффект на поведение осужденного;
- не отмечено случаев попадания метадона в незаконный оборот;
- снижается риск смерти от передозировки после освобождения.

Однако, несмотря на указанные положительные стороны ЗТ, внедрять ее в тюрьмах Республики Беларусь на наш взгляд преждевременно. Это обусловлено рядом факторов: довольно длительными сроками лишения свободы и иным, чем в странах Западной Европы, составом заключенных, отсутствием системы социального сопровождения осужденного после освобождения, отсутствием серьезных исследований о реальном уровне наркопотребления в тюрьмах, психологической неготовностью администрации тюрем и медицинских работников. Вполне логично, что в странах, где в обществе давно и активно используется ЗТ, более выгодно и безопаснее продолжать программы ЗТ в тюрьмах, так как осужденный там находится короткое время. Кроме того, число заключенных-наркопотребителей в ряде стран Западной Европы превышает 50% от общего состава. Следовательно, копировать опыт этих государств, без учета особенностей национальной пенитенциарной системы, нельзя. Думается, что на сегодняшнем этапе в первую очередь необходимо выработать стратегию преемственности в лечении потребителей опиоидов по мере их перемещения между обществом и тюрьмой.

Лелевич В. В., Виницкая А. Г., Разводовский Ю. Е.,

Бушма Т. В., Лелевич С. В.

Центр мониторинга за наркотиками и наркопотреблением,

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Прогнозирование суммарного количества потребителей наркотических и токсикоманических веществ, состоящих на наркологическом учете в Беларуси на период до 2020 года

Прогнозирование распространенности наркотиков в стране необходимы по некоторым аспектам разрабатываемой антинаркотической политики:

1. Планирование и распределение ресурсов с целью контроля, лечения и профилактики немедицинского употребления наркотических и токсикоманических веществ. В этом случае оценки распространенности явления в будущем необходимы для планирования объема финансирования наркологической службы.
2. Ретроспективный анализ распространенности отдельных видов наркотических (токсикоманических) веществ позволит предположить структуру будущего контингента наркологических больных и спланировать оказание им консультационной и медицинской помощи.
3. Прогнозирование распространенности проблемного наркопотребления в стране целесообразно в связи с высоким уровнем рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков, деятельность которых способствует распространению инфекционных заболеваний, стимулирует рост преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков.

Целью настоящего исследования явилось построение математически обоснованной прогнозной модели, характеризующей формирование контингента наркопотребителей, состоящих на наркологическом учете МЗ РБ, в 2009–2020 гг.

Объектом настоящего исследования явились наркопотребители с синдромом зависимости и лица, употребляющие наркотические и токсикоманические вещества с вредными последствиями (МКБ-10: F11–F16, F19 и F13, F18), состоящие на учете в наркологических учреждениях МЗ РБ в 1985–2008 гг.

Для построения прогноза распространения наркопотребления среди населения республики были использованы временные ряды, представляющие собой совокупные количества потребителей наркотических и токсикоманических средств, состоящих на наркологическом учете в 1985–2008 гг. Количества наркопотребителей, состоящих на наркологическом учете на конец каждого года, рассчитывали как разницу между общим количеством случаев, зарегистрированных на конец года, и количеством наркопотребителей, снятых с учета за этот период. Экстрапо-

ляцию и описание временных рядов, содержащих характеристики наркопотребителей, осуществляли с помощью модели авторегрессии – проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС).

Моделирование временных рядов с помощью АРПСС показало нарастающий линейный тренд увеличения количества учтенных наркопотребителей в 1985–2008 гг. Для приведения ряда к стационарному он был продифференцирован, были взяты конечные разности первого порядка ($d=1$). Для определения параметров авторегрессии p и скользящего среднего q были построены коррелограммы автокорреляционной и частной автокорреляционных функций стационарного ряда.

Согласно построенному прогнозу в 2009–2020 гг. суммарное количество потребителей наркотических и токсикоманических веществ на наркологическом учете будет постепенно увеличиваться, соблюдая динамику всего временного ряда. Проверка адекватности модели, проведенная с помощью анализа остатков, показала, что модель подчиняется закону нормального распределения, и адекватно отражает изменение во времени показателя «суммарного количества потребителей наркотических и токсикоманических веществ».

На основе полученной модели в 2009–2020 гг. прогнозируется дальнейший рост количества наркопотребителей, состоящих на наркологическом учете. В конце 2020 г. их количество может составить 15528 человек, и превысит на 23% уровень 2008 г.

Таким образом, в ближайшие 12 лет ожидается относительно умеренный прирост потребителей наркотических и токсикоманических веществ, выявляемых наркологической службой. Как и в предыдущие годы, сохраняются основные тенденции настоящей наркологической ситуации: преимущественное распространение опийных наркотиков, преобладание инъекционного способа введения наркотических веществ.

Лыжина Л. О., Копытов А. В., Базыльчик С. В., Кононович И. В., Шавейко А. С.
ГУ «РНПЦ психического здоровья»,
УЗ «Городской клинический наркологический диспансер», Минск

Профилактика употребления психоактивных веществ младшими школьниками

В настоящее время происходит постоянное омоложение употребления психоактивных веществ. При отсутствии у ребенка знаний и собственных установок о вреде психоактивных веществ (ПАВ) решающую роль в выборе будущего поведения могут играть люди, имеющие опыт их употребления, или продавцы,

заинтересованные в прибыли. Для того чтобы ребенок не начинал экспериментировать с употреблением психоактивных веществ и мог противостоять давлению окружающей среды, склоняющей к их употреблению, он должен иметь устойчивое негативное отношение к употреблению ПАВ, с осуждением относиться к этому явлению.

Возможность проведения профилактики среди младших школьников обуславливается психологическими особенностями данного возраста. В начальной школе под влиянием обучения у ребенка идет перестройка всех познавательных процессов, им приобретаются качества, свойственные взрослым людям, осваиваются правила и обязанности существования в мире старших. Благодаря этому, при формировании негативного отношения к ПАВ необходимо опираться на те изменения, которые за период младшего школьного возраста происходят с восприятием, вниманием, памятью, речью и мышлением ребенка. Младший школьник способен представлять развитие объектов и динамику событий, может понять негативные последствия употребления ПАВ, их опасность для близких и собственной жизни. Объем, устойчивость, переключаемость и концентрация произвольного внимания к четвертому классу у школьника почти такие же, как и у взрослого человека, что позволяет ему адекватно усваивать информацию о вреде употребления психоактивных веществ. Однако произвольное внимание младшего школьника еще несовершенно, оно активизируется, когда ребенку интересно, вследствие этого необходимо использовать в программе профилактики проективные методики, игровые элементы, мультфильмы и т.д.

Именно в возрасте первичного усвоения правил и общественных норм очень важно построить у младшего школьника внутренние барьеры по отношению к употреблению ПАВ. Такой психологической защитой являются навыки социально-приемлемого удовлетворения своих потребностей и навыки управления собственными эмоциями, поведением, формирование которых на раннем этапе будет способствовать негативному отношению ребенка к ПАВ и принятию им позиции неупотребления психоактивных веществ в будущем.

В настоящее время нами разрабатывается программа профилактики употребления ПАВ младшими школьниками с использованием проективных и игровых методик. Ребенку будет предложено обсудить и проиграть 10 ситуаций. Каждая ситуация будет сопровождаться визуальным рядом в виде рисунков и иметь схему обсуждения, будет прилагаться также мультимедийное сопровождение. Планируется, что данную программу смогут использовать в своей работе психотерапевты, психологи, педагоги, социальные работники и другие специалисты, работающие с детьми в медицинских, учебных и других детских учреждениях.

Максимчук В. П., Колбасова О. В.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Подходы к проведению мониторинга распространения употребления алкогольных напитков в различных регионах Республики Беларусь

Проблемы чрезмерного употребления алкоголя и связанными с ними последствиями достигли в Республике Беларусь угрожающих размеров, а алкоголь стал одним из важнейших факторов риска для здоровья во всем мире.

За последние пять лет число лиц, наблюдаемых наркологами по поводу хронического алкоголизма, возросло с 243300 до 294840 человек. По оценкам ряда авторов, реальное число больных алкоголизмом среди населения примерно в 5 раз превышает количество больных, состоящих на учете в наркологических диспансерах.

Экономические потери от злоупотребления алкоголем только в России составляют не менее одного триллиона 700 миллиардов рублей в год. Они связаны с повышенной смертностью, потерей продолжительности здоровой жизни, утратой трудоспособности, со снижением производительности труда, затратами на лечение связанных с алкоголем заболеваний, с социальными выплатами государства инвалидам, сиротам, с ущербом от пожаров, ДТП, с расходами на содержание заключенных, на борьбу с преступностью и беспризорностью.

Для профилактики связанных с алкоголем проблем важно иметь ясное представление об их масштабе. Важную роль играет оценка душевого потребления алкоголя в стране, которое позволяет достаточно надежно определить приблизительный процент злоупотребляющих алкоголем в населении.

Необходимо проследить связь моделей потребления алкоголя с последствиями на индивидуальном уровне. Когда определено число обусловленных алкоголем смертей, можно определить количество утраченного времени жизни для людей, которые преждевременно умерли от заболеваний, связанных с алкоголем. Важно определить индикаторы проблем, преимущественно связанных с длительным употреблением алкоголя.

В Республике Беларусь до нынешнего времени не проводилась работа по определению суммарного ущерба от злоупотребления алкоголем, не изучался вопрос распространения употребления алкогольных напитков в различных регионах республики и среди различных возрастных групп.

Назрела необходимость осуществления постоянного мониторинга всех составляющих проблем, связанных с потреблением алкоголя. Республиканский научно-практический центр психического здоровья ежегодно будет проводить мониторинг распространения употребления алкогольных напитков в различных регионах республики среди различных возрастных групп и определение ущерба,

связанного с потреблением алкогольных напитков; проведение социологических опросов населения для выявления причин, влияющих на потребление алкоголя населением.

Проведение мониторинга позволит следующее:

- Определение истинных размеров алкоголизации населения в различных регионах Республики Беларусь.
- Выявление причин, влияющих на потребление алкогольных напитков населением.
- Определение ущерба для каждого региона, связанного с потреблением алкогольных напитков населением Республики Беларусь.

Составление программ профилактики пьянства и алкоголизма в регионах с учетом уровней алкоголизации населения с учетом уровней алкоголизации, степени ущерба от потребления алкогольных напитков, числа непрожитых лет.

Максимчук В. П., Колбасова О. В.

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Современные принципы организации лечебно-реабилитационной работы в наркологии

Сложившаяся наркогенная ситуация в республике определяет необходимость новых подходов к лечению, планированию и организации помощи в наркологии, развитие реабилитологии и реабилитации.

Лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) – это сложная медико-социальная проблема, в которой объекты (больной или группа больных) и субъекты (персонал, материальная база и пр.) реабилитации находятся во взаимосвязанных субъект-объектных и объект-субъектных отношениях. В связи с этим определяются и основные принципы построения лечебно-реабилитационного процесса. Среди них следующие:

- Объектные принципы построения ЛРП. Они определяются тяжестью наркологического заболевания, психосоматическими изменениями у больных. Вместе с тем они детерминируются и социальным статусом больных, их социальными нормами, ценностными ориентациями, индивидуальными особенностями и т.д.
- Субъектные (медико-психолого-социальные) принципы осуществления ЛРП. Анализ международного и отечественного опыта реабилитации больных позволяет выделить следующие субъектные принципы реабилитации наркологических больных: мультидисциплинарность (бригадность) лечебно-реабилитационной работы; единство различных медико-психолого-

социальных методов работы с больными; преемственность (этапность); долгосрочность; интегрированность; антипатернализм.

Реадаптация и ресоциализация наркологических больных невозможна без их стремления быть лично ответственным за состояние своего здоровья и достойное место в обществе, без готовности сопротивляться «срывам» и «рецидивам» заболевания, без отказа от иждивенчества.

Современная система реабилитации больных должна быть открытой для новых технологий. Личностный рост наркологических больных возможен только в открытой реабилитационной системе. Больной должен обладать правом войти в систему реабилитации по собственному желанию, так и выйти из нее.

Основные модели реабилитации, которые можно реализовывать в Республике Беларусь:

1. Миннесотская модель (12-шаговая реабилитационная программа) в условиях наркологических стационаров и амбулаторий.
2. Модель терапевтических сообществ (классическая и модифицированная модели) в стационарном и амбулаторном вариантах (монары, общины и др.);
3. Модель «духовной» реабилитация – реабилитационное направление в структуре различных конфессий;
4. Смешанные, эклектические модели (амбулаторный и стационарный вариант), основанные на сочетании первых двух моделей с элементами народной медицины и конфессиональным подходом, где первостепенное внимание уделяется психологической и социальной поддержке, а также трудовой занятости пациентов;
5. Модель семейных клубов трезвости.

Можно разрабатывать и применять и другие виды реабилитации больных. Важно обеспечить осуществление организационно-методической и нормативно-правовой помощи наркологическим больным, создавая замкнутый консультативно-лечебный реабилитационный цикл.

Мартынова Е.В.

УЗ «Витебский областной психоневрологический диспансер», Витебск

Клинические особенности шизофрении, коморбидной с алкогольной зависимостью

Актуальность изучения шизофрении, сочетающейся с алкогольной зависимостью, обусловлена в первую очередь значительной распространенностью этой патологии. Для этих больных характерна высокая частота повторных госпитализаций, многие предпринимая суицидальные попытки, совершают различные правонарушения, ведут асоциальный образ жизни.

Целью настоящей работы было определение клинических особенностей шизофрении, сочетающейся с алкогольной зависимостью. Мы обследовали 201 пациента с шизофренией без зависимости и 51 больного шизофренией, сочетающейся с зависимостью от алкоголя.

В обследуемом контингенте пациентов зависимость от алкоголя в большинстве случаев вторична. В 64,7% случаев первое проявление шизофрении предшествовало установлению диагноза зависимости от алкоголя. У 35,3% системное употребление спиртных напитков началось раньше, чем был установлен диагноз шизофрении ($p < 0,001$). Эти результаты согласуются с указаниями Н.Карпан и В.Садок (1997), которые высокую частоту коморбидности с зависимостью от алкоголя (30-50%) объясняют тем, что пациенты, страдающие этим эндогенным психозом, употребляют алкогольные напитки для снятия тревоги и страха, сопутствующими проявлению шизофрении.

При анализе формы и типа шизофрении выявлены достоверные различия между пациентами с шизофренией без зависимости от алкоголя и у пациентов с шизофренией коморбидной с алкогольной зависимостью ($p < 0,001$).

У пациентов с зависимостью от алкоголя достоверно чаще встречались диагнозы: параноидная шизофрения, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом – 52,9% (16,4%, $p < 0,001$) и простая шизофрения – 19,6% (5,5%, $p < 0,001$). Среди пациентов этой группы не было ни одного с диагнозом шизофрения, полная ремиссия и всего 3,9% с диагнозом шизофрения, неполная ремиссия.

Сравнительный анализ преобладающих нарушений при первом поступлении в стационар показал существенные различия между пациентами с коморбидностью и без нее. В группе пациентов, где шизофрения сочетается с зависимостью от алкоголя достоверно чаще встречались аффективные – 19,6% и аффективно-бредовые синдромы – 37,2% (10%, 6%, $p < 0,001$). Остальные синдромы встречались в этих группах почти с одинаковой частотой.

На момент обследования у пациентов с коморбидностью достоверно чаще встречались аффективные расстройства – 43,1% (11%, $p < 0,001$), психопатоподобный синдром – 25,5% и полиморфный синдром. Достоверно реже – апато-абулический 0% (15,9%, $p < 0,001$), резидуально-параноидный – 3,9% (23,4%, $p < 0,001$), неврозоподобный – 7,8% (18,4%, $p < 0,001$).

Таким образом, аффективные расстройства играют большую роль в злоупотреблении алкоголем на всех этапах шизофрении. Во многих случаях они служат причиной возобновления употребления алкоголя. Аффективные нарушения нередко остаются на этапах обратного развития приступов шизофрении или редукции психотической симптоматики.

Осипчик С. И.

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Оценка экономических потерь, связанных с пьянством и алкоголизмом

Злоупотребление алкоголем подрывает социально-экономические и духовно-нравственные основы жизнедеятельности общества: наносит непоправимый вред здоровью нации, ведет к разрушению семьи, наносит ущерб психике детей, приводит к противоправным действиям и росту преступности, что влечет за собой значительный ущерб экономике страны. Многообразие прямых и косвенных экономических потерь от пьянства создает большие трудности в количественном подсчете их размеров. И хотя в последнее время предпринимаются попытки определить масштабы материальных затрат, которые общество вынуждено платить в связи с широким распространением алкогольного потребления, пока необходимой по этому вопросу информации крайне мало. Недостаточная разработанность одного из важнейших аспектов проблемы пьянства и алкоголизма свидетельствует о том, что уровень научных исследований экономического аспекта алкогольного потребления далеко не отвечает назревшим потребностям практики. По произведенным ВОЗ в 2000 г. расчетам, затраты государств, связанные с алкоголем, могут составлять от 1 до 3 % произведенного страной валового внутреннего продукта (ВВП). В структуре общих затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом, доля затрат на здравоохранение составляет: в США – 14%, в Великобритании – 7%. По данным Национального института изучения злоупотребления алкоголем и алкоголизма США (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), в 1998г. экономические затраты оценивались в 184,6млрд.долларов США, причем доля затрат на здравоохранение составляла 26млрд.долл. В медико-экономических исследованиях отмечаются различные методологические подходы к экономической оценке ущерба от плохого здоровья, в большинстве своем основанных на принципе альтернативных издержек (opportunity cost). Альтернативные издержки – ценность, которую можно было бы получить в результате альтернативного действия, от которого пришлось отказаться, выбрав данный вариант действия. В основе методологии исследования альтернативных издержек лежит подход измерения и оценки человеческого капитала. Европейское региональное бюро ВОЗ выделяет три разновидности концепций экономических издержек, связанных с плохим здоровьем: социальные издержки, микро и макроэкономические издержки, расходы на медицинское оборудование. В последнем исследовании в 2009г. ВОЗ предлагает многоблоковую концепцию измерения и оценки экономических последствий от болезней и травм: а) блок – микро и макроэкономические последствия, б) блок - домохозяйство, предприятие, правительство, в) блок – труд и производительность, потеря экономического благосостояния, рыночные влияния, эффекты человеческого, физического и финансового порядка.

В настоящее время Республиканский Центр мониторинга (РНПЦ психического здоровья) совместно с отделом комплексных проблем социально-экономического развития (Институт экономики НАН РБ) проводят исследования с целью разработки методики расчета общегосударственных затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом в Республике Беларусь. Разработка методики и расчет общегосударственных затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом позволит определить количественный ущерб от пьянства и алкоголизма, соотнести его с доходами от производства и реализации алкогольных напитков в Республике Беларусь. Это даст возможность оптимизировать государственные доходы от производства и торговли алкоголем и государственные затраты, связанные с пьянством и алкоголизмом. Количественная оценка затрат может использоваться как инструмент оценки эффективности не только профилактических программ в группе неинфекционных заболеваний и травм, но и государственных мероприятий в области контроля производства и продажи алкоголя, профилактики правонарушений.

Пекарская Н. В.

УО «Белорусский государственный экономический университет», Минск

О законодательных подходах к профилактике пьянства на рабочих местах

Пьянство на рабочих местах продолжает оставаться основной причиной производственного травматизма, брака и снижение производительности труда, увольнений сотрудников и т.д. Так, только в организациях Министерства жилищно-коммунального хозяйства Республики Беларусь за 2008 год расторгнуто 1041 контрактов с работниками за распитие спиртных напитков, употребления наркотических, токсических средств в рабочее время или по месту работы.

Государственной статистической отчетностью формы 12-т «Отчет по труду и движению работников», утвержденной постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 15.09.2008г. № 184 (далее – отчетная форма 12-т), предусмотрено отражение данных о численности уволенных за прогул и другие нарушения трудовой дисциплины (отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня без уважительных причин; появление на работе в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также распитие спиртных напитков, употребление наркотических или токсических средств в рабочее время на рабочем месте и систематическое неисполнение работником без уважительных причин обязанностей, возложенных на него трудовым договором или правилами внутреннего трудового распорядка, и другое.)

В графе 3 раздела 8 «Травматизм и общая заболеваемость» формы государственной статистической отчетности 2-мониторинг (Минтруда и соцзащиты)

«Отчет о деятельности организации в рамках мониторинга социально-трудовой сферы», утвержденной постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 22.10.2008г. № 346, отражаются случаи травматизма на производстве, в том числе по причине нахождения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

В последние годы руководители многих организаций более конкретно и принципиально стали относиться к вопросам охраны труда, соблюдению работниками трудовой и производственной дисциплины, что заметно сказалось на результатах работы предприятий и отрасли в целом, но есть необходимость разработать систему учета и анализа случаев появления на рабочем месте в состоянии алкогольного опьянения, включая несчастные случаи на производстве и производственные травмы, для разработки мероприятий по искоренению пьянства на рабочих местах.

Целесообразно внести некоторые изменения в действующие формы статистической отчетности, в частности установить в отношении лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения и получивших травмы на производстве, что происшедшие случаи не являются страховыми, если нахождение в состоянии алкогольного опьянения явилось одной из причин несчастного случая или способствовало увеличению тяжести полученной травмы, а также наладить учет уволенных лиц в связи с появлением на производстве в состоянии алкогольного опьянения.

Создание единой системы учета и анализа случаев появления на рабочем месте в состоянии алкогольного опьянения, включая несчастные случаи на производстве и производственные травмы, и хода выполнения мероприятий, предусмотренных всеми регламентирующими данный вопрос документами позволит своевременно оценивать оперативную обстановку на каждом предприятии и принимать необходимые меры по их профилактике.

Петрова Н. Н., Федотова Ю. А.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Психические расстройства и личностно-психологические особенности у ВИЧ-инфицированных наркоманов

В задачи исследования входило изучение личностных и клинко-феноменологических характеристик ВИЧ-инфицированных больных в зависимости от особенностей аддиктивного поведения. Обследовано 60 ВИЧ-инфицированных больных в возрасте $27,3 \pm 5,7$ года на этапе стационарного лечения в Городской больнице №30 им. С.П.Боткина. У 57% установлена IБ, 3% - IIА стадия ВИЧ-инфекции, 40% стадия СПИДа. 13% больных имели группу инвалидности в связи с ВИЧ. Исследование носило комплексный характер и включало клинко-психопатологический

метод и ряд экспериментально-психологических методик. Данные обработаны с применением пакета статических программ «Statistica 6.0».

В большинстве случаев имел место невысокий образовательный уровень, 20% пациентов не имели определенных занятий, 49% занимались низко квалифицированным трудом. Работу по специальности сохранили лишь 14% обследованных лиц. Изменение профессионального статуса в связи с болезнью отметили 23% пациентов. Типично нарушение микросоциальных отношений: 48% одиноких. Внутривенно заразились ВИЧ 77% больных. 53% ВИЧ-инфицированных имели наследственность, отягощенную психическими заболеваниями, из них более 80% - алкоголизмом. 73,3% обследованных страдали наркоманической зависимостью. «Наркоманический стаж» свыше 6 лет выявлен у 33%; от 3 до 6 лет – у 36%. 45% ВИЧ-инфицированных имели героиновою зависимость

Наличие аддикции обусловило ряд личностно-психологических особенностей, усугубляющих психическую дезадаптацию ВИЧ-инфицированных, что отразилось в особенностях психологической защиты личности по результатам методики Плутчека-Келлермана. ВИЧ-инфекция как реальная соматогенная витальная угроза может способствовать ремиссии наркомании. Отказ от наркотиков связан с улучшением психической адаптации больных, повышением адекватности отношения к болезни. На фоне ремиссии наркомании наблюдается положительная динамика копинг-поведения в эмоциональной сфере, причем конструктивность его превышает таковую у ВИЧ-инфицированных без аддикции, в то время как поведенческая сфера совладания со стрессом остается дезадаптивной. Повышен риск развития вторичного алкоголизма. Частота и выраженность депрессивных и тревожных расстройств, суицидальные тенденции заметно больше у действующих наркоманов по сравнению с наркоманами в ремиссии и в группе не наркоманов, что согласуется с выраженностью экзистенциального кризиса по результатам методик «Смысложизненные ориентации». Расстройства когнитивных функций у ВИЧ-инфицированных имеют как органический, так и функциональный, обусловленный депрессией, компонент.

Плоткин Ф. Б.

УЗ «Минский городской наркологический диспансер», Минск

Биологическая обратная связь и возможности ее применения в аддиктологии

Поиск резервов повышения эффективности терапии зависимостей связан с развитием немедикаментозных методов лечения, позволяющих активно мобилизовать резервные возможности человеческого организма и направлять их на восстановление имеющихся нарушений. Наиболее перспективное направление

разработки таких методов исходит из системного анализа механизмов психической адаптации и представлений о способности организма и личности человека к саморегуляции. Благодаря успехам современной компьютерной нейробиологии удалось разработать такой метод, который позволяет достичь профилактических, лечебных и реабилитационных целей значительно быстрее и надежнее, чем при применении других методик. Речь идет о методе саморегуляции, основанном на принципе биологической обратной связи (БОС). БОС-тренинг открыл возможность направленной произвольной коррекции функциональных состояний организма и мобилизации личностных ресурсов. В ходе процедур биоуправления объекту с помощью внешней обратной связи, организованной на основе ЭВМ, подается информация о состоянии тех или иных физиологических процессов, что позволяет пациенту научиться контролировать их параметры и закреплять эти навыки с тем, чтобы в дальнейшем использовать их в повседневной жизни. Основная цель метода БОС-терапии заключается в повышении уровня как осознания обычно не осознаваемых процессов, так и произвольного управления физиологическими процессами сначала путем контролирования внешних сигналов, а затем путем сознательного регулирования внутреннего физиологического состояния или усвоения такого типа поведения, которое будет предотвращать возникновение негативных симптомов, устранять или ослаблять их выраженность вскоре после возникновения. Технически суть метода состоит в компьютерной регистрации с помощью соответствующих датчиков в режиме реального времени различных физиологических параметров организма не доступных для прямого сознательного восприятия, и соответствующей обработке этих сигналов специальным электронным устройством. Затем полученные ясные и четкие параметры преобразуются в световые и звуковые сигналы доступные для восприятия зрением и слухом. Обработанная информация хранится в памяти компьютера и может быть предъявлена пользователю в любой момент в доступном для него виде на экране монитора или в распечатанном виде. Компьютерное биоуправление можно представить как сложную, многогранную методологию, объединяющую в себе бихевиоральные, психологические, физиологические механизмы, оказывающую терапевтическое воздействие сразу на несколько патогенетических звеньев заболевания. В настоящее время БОС-терапия рассматривается как метод лечения, распространение и внедрение которого в медицину можно сравнить с «третьей терапевтической революцией». В последние годы нами внедряется в клиническую практику методика применения БОС при лечении аддиктивных пациентов, при которой в процессе БОС-тренинга пациенту демонстрируются, какие образы и ассоциации в зависимости от его репрезентативной системы в действительности являются для него негативными, он убеждается в возможности стимуляции процессов самоанализа и идентификации провоцирующих прием психоактивных веществ (ПАВ) ситуаций, у него формируются навыки собственными волевыми усилиями нормализовать уровень своих физиологических реакций, который повышается в этих ситуациях,

и за счет этого отказываться от приема ПАВ. По разработанной методике получено 3 патента на изобретение.

Романов С. Н., Николаев Е. Л.

Чувашский государственный университет, Чебоксары, Россия

О воспитательных условиях формирования созависимой личности в семье

Важнейшим из социальных феноменов, сопровождающих человека в течение всей его жизни, является семья. Любые изменения в жизни одного из ее членов сопровождаются изменениями в жизни ее других членов, что может привести к нестабильности и дисфункциональности семьи, как взаимосвязанной системы, в целом. Особенно важным это становится при ближайшем рассмотрении воспитательной ситуации в алкогольной семье.

В данной работе проведено исследование стратегий семейного воспитания при помощи опросника ACB (Эйдемиллера и Юстицкасас) в трех группах испытуемых - больных алкогольной зависимостью, созависимых и контрольной группе здоровых. Выявлена определенная специфика семейного воспитания.

Так, созависимые уделяют меньше времени своим детям, в сравнении с зависимыми ($X = -2,170$; $p = 0,034$) и с контрольной группой ($I = -2,541$; $p = 0,014$). В свою очередь, больные алкогольной зависимостью предъявляют своим детям большее количество требований, ограничивающих их свободу и самостоятельность, чем созависимые ($X = -2,305$; $p = 0,025$). Также в группе зависимых по сравнению с группой созависимых ($X = -1,902$; $p = 0,062$) обнаружена тенденция к применению более строгих наказаний, что свидетельствует о более жестком подходе в воспитании детей.

Созависимые чаще в сравнении с контрольной группой ($I = -3,562$; $p = 0,000$) и зависимыми ($I = -2,365$; $p = 0,022$) предпочитают в подростках детские качества. Это говорит об их желании игнорировать взросление детей и попытке сохранении таких качеств, как непосредственность, наивность и игривость. Созависимые в сравнении с контрольной группой также менее уверены в том, что они воспитывают ребенка правильно ($X = 2,615$; $p = 0,012$) и, как следствие, часто «идут на поводу» у своих детей, которые, чувствуя неуверенность родителя, пользуются этим и манипулируют им.

В группе зависимых испытуемых родители чаще боятся потерять своего ребенка, в их поведении больше присутствует ипохондрическая боязнь за своего ребенка в сравнении с группой созависимых ($X = -2,597$; $p = 0,012$) и контрольной группой ($X = 2,381$; $p = 0,021$). Зависимые в сравнении с контрольной группой ($X = 4,226$; $p = 0,000$) и с созависимыми ($X = -3,461$; $p = 0,001$) чаще высказывают жалобы

на утомленность своими родительскими обязанностями, сожаление, что эти обязанности отрывают их от чего-то более важного и интересного.

Таким образом, при развитии хотя бы у одного из родителей зависимости это сказывается на всех членах семьи, так как зависимые хуже контролируют свои эмоции, они становятся импульсивными, менее прогнозируемыми. При общении с зависимым родителем у ребенка начинают формироваться черты психологической созависимости. Следовательно, воспитание детей и формирование личности в семьях больных алкогольной зависимостью происходит на фоне импульсивных эмоциональных реакций, иррациональных когнитивных схем, дезадаптивных поведенческих стереотипов не только зависимого, но и созависимого, длительно проживающего с лицом, употребляющим психоактивные вещества, что значительно снижает адаптивный потенциал формирующейся личности ребенка.

Савицкая А. Н.

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Влияние социальных факторов на процесс формирования аддикции к алкоголю среди подростков и молодежи

По данным за 2008 г., на наркологическом учете в ЛПУ учреждениях МЗ РБ состоит 19187 детей и подростков. За 10 месяцев 2008 года на профилактический учет врачами наркологами взято 10581 человек, на диспансерный учет - 167 человек из числа детей и подростков с установленным диагнозом зависимости к психоактивным веществам. При помощи специально составленной анкеты, включающей 17 пунктов, проанкетировано 157 подростков и молодых подростков. Статистическая обработка результатов исследования производилась при помощи программы SPSS for Windows 13.0, достоверность исследования - 95%. Полученная выборка разделена на две группы. Первая группа насчитывает 95 человек (60,5%), представлена учащимися средней школы, не состоящими на наркологическом учете. Вторая группа включает в себя 62 человека (39,5%). Все представители данной группы проходили на момент осмотра курс лечения в наркологическом диспансере в связи со злоупотреблением алкоголем. Первая группа является контрольной. Возраст участников исследования колеблется от 14 до 18 лет. Половой состав выборки следующий: 99 (63%) юношей, 58 (37%) девушек. В первой группе (школьники) средний возраст составил 15,5 лет, соотношение по половому признаку - 57 (60%) юношей, 38 (40%) девушек. Удельный вес неполных семей составил 31,6% (30 семей). 22,1% (21 случай) составили семьи, где ребенка воспитывает одна мать. Отягощенный в отношении алкоголизма анамнез имел место в 22,1% случаев (21 семья). По 6,3% опрошенных из первой группы указали «пьющего» дедушку

или дядю. 2,1% (2 человека) отметили алкозависимость у отца. Средний стаж употребления алкоголя в группе составил 2,7 лет. Проблемы с законом отмечает 6 человек (6,3%), в большинстве случаев (5 из 6) это задержание в состоянии алкогольного опьянения. 1 случай - вождение в нетрезвом виде. Употребление наркотиков и др. ПАВ (психоактивных веществ) признал 3,1 % респондентов (5 человек). Указанные ПАВ: марихуана (3 случая), насвай (2 случая). Для второй группы (пациенты наркологического диспансера) средний возраст - 16,7 лет. Половое соотношение составляет 42 (67,7%) юношей, 20(32,3%) девушек. Удельный вес неполных семей - 54,8% (34 семьи). Преобладают семьи, где единственный родитель – мать (13 семей, 21,0%). Отягощенный в отношении алкоголизма анамнез встречается в 41,9% случаев (26 семей). 12,9% (8 семей) подростков контрольной группы имеют отца, 3,2% (2 семьи) - мать с алкогольной зависимостью. Другие варианты встречались реже. 1,6% (1 человек) опрашиваемых указал наличие родственника с диагнозом наркозависимости. Факт употребления алкоголя отмечен в 100% случаев, средний стаж употребления алкоголя составил 2,4 года. Проблемы с законом имеются у 47 человек (75,8%). Все 47 случаев связаны с употреблением алкоголя в общественных местах и вызванными им последствиями. Употребление наркотиков и др. ПАВ отмечает 6,5% обследованных (4 человека). Названные респондентами контрольной группы ПАВ: клей (2 случая), насвай (1 случай), марихуана (1 случай).

Сквира И. М.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель

Динамика клинических особенностей пациентов с алкогольной зависимостью в процессе формирования компенсированной терапевтической ремиссии

■ ВВЕДЕНИЕ

К формированию ремиссий при алкогольной зависимости со стабилизацией состояния пациентов на уровне, близком к «практическому здоровью», сводятся все терапевтические усилия наркологов. Однако клинический опыт показывает, что даже компенсированная ремиссия представляет собою период течения болезни с наличием латентных рецидивоопасных клинических состояний (РОКС).

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка способов ранней диагностики рецидивоопасных клинических состояний и практических рекомендаций по стабилизации ремиссии при алкогольной зависимости.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Три группы мужчин в возрасте от 27 до 55 лет (в среднем $41,2 \pm 7,2$ года) с алкогольной зависимостью (F 10.200-202 по МКБ-10) в процессе формирования терапевтической компенсированной ремиссии исследованы клиническим, патопсихологическим и статистическим методами. Первая группа состояла из 39 пациентов со временем абсолютной трезвости до шести месяцев (этап становления), вторая группа из 23 лиц воздерживалась от употребления алкоголя 7-12 месяцев (этап стабилизации) и третья группа из 52 человек со временем абсолютной трезвости более одного года (этап установившейся ремиссии).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациентов первой группы, в сравнении с двумя другими, выявлено достоверное ($p < 0,05$) преобладание субклинически выраженного астенического синдрома в гиперстенической форме и наличие линейной связи рецидивоопасных состояний между собой. С интегральной выраженностью РОКС наибольшую корреляцию имели «депрессия» ($r=0,72$), «тяга к алкоголю» ($r=0,56$) и «раздражительность» ($r=0,53$). Во второй группе пациентов, в сравнении с двумя другими достоверно ($p < 0,001$) преобладал субклинически выраженный астенический синдром в гипостенической форме и слабая линейная связь между параметрами. С интегральной выраженностью РОКС наибольшую корреляцию имели «плохое самочувствие» ($r=0,66$) и «депрессия» ($r=0,6$). В третьей группе пациентов, в сравнении с первыми двумя, преобладал ($p > 0,05$) обусловленный переутомлением астенический синдром и отсутствовала линейная связь отдельных рецидивоопасных состояний между собой. С интегральной выраженностью РОКС коррелировали только три признака: «гипомания» ($r=0,58$) «депрессия» ($r=0,52$) и увеличенное употребление кофе или чая ($r=0,54$).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На этапе становления ремиссии наиболее рецидивоопасными синдромами являются: субдепрессивный, патологического влечения к алкоголю, астенический в гиперстенической форме. На этапе стабилизации ремиссии падает рецидивоопасное значение влечения к алкоголю, а на первый план выходит астенический синдром в гипостенической форме и субдепрессивный синдром, которые, облегчая действие стрессоров, повышают риск перехода ремиссии компенсированной в субкомпенсированную и (или) декомпенсированную. Только при установлении длительной компенсированной ремиссии можно говорить о приближении показателей здоровья пациентов с алкогольной зависимостью к критериям общего и психического здоровья.

На основании полученных данных сформулированы рекомендации по дифференцированному, в зависимости от этапа ремиссии и структуры рецидивоопасных клинических состояний, лечению и реабилитации лиц, зависимых от алкоголя, в процессе формирования терапевтической ремиссии.

Сквира И.М.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель

Неспецифические и специфические критерии эффективности психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью

■ ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время общепризнано значение интегративной психотерапии и системного подхода в лечении алкогольной зависимости. В таком подходе конечная цель лечения пациентов с алкогольной зависимостью должна быть увязана этапностью и непрерывностью лечебного процесса с осуществлением континуума терапевтических изменений строго последовательного характера, заключающемся в переходе от болезненного способа существования, через терапевтические изменения к способу существования, свободному от болезни. В то же время механизм терапевтических изменений остается недостаточно изученным и мало понятным в повседневной наркологической практике.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение изменений, происходящих с алкогользависимыми пациентами в процессе эффективной психотерапии и разработка практических рекомендаций по лечению больных.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Две репрезентативные по основным социально-демографическим параметрам группы пациентов с алкогольной зависимостью (F 10.2 по МКБ-10) в возрасте от 27 до 55 лет (в среднем $41,2 \pm 7,2$ года) после трех этапов лечения согласно принятых в наркологии стандартов исследованы в начале формирования ремиссии клиническим, лабораторным, патопсихологическим и статистическим методами. Первая группа состояла из 156 пациентов с ранними (до полугода воздержания от употребления алкоголя) рецидивами алкоголизации. Вторая группа состояла из 88 пациентов, достигших полной, компенсированной терапевтической ремиссии (F 10.202).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установлено, что в первой группе, в сравнении со второй, реже ($p < 0,05$) наблюдались рецидивоопасные клинические состояния. Пациенты второй группы достоверно чаще ($p < 0,05$), чем первой, жаловались на головные боли, нарушение сна, сновидения алкогольного содержания и чувство разбитости по утрам, раздражительность, сниженное настроение, апатию и навязчивые мысли об алкоголе. По лабораторным данным у пациентов первой группы, в сравнении со

второй, выявлен достоверно ($p < 0,01$) более высокий уровень неспецифической адаптации организма. Эмоциональная реакция «горя» наблюдалась у 72 (46,2 %) лиц второй группы и у 10 (12,7 %) пациентов первой группы ($p < 0,0001$), фобия трезвости – у 58 (37,2 %) из 156 пациентов второй группы и только у 13 (14,8 %) из 88 пациентов первой группы ($p=0,001$). По уровню осознания болезни и терапевтических установок пациенты первой группы достоверно ($p < 0,05$) превосходили пациентов второй.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Критериями эффективной психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью являются неспецифические изменения (формирование компенсированной ремиссии, повышение уровня неспецифической адаптации организма) и специфические изменения (в частности, преодоление реакции «горя» на отказ от алкоголя и «фобии трезвости», а также формирование глубокого уровня осознания болезни и внутренних терапевтических установок).

■ ВЫВОДЫ

Неспецифические и специфические изменения в состоянии пациентов с алкогольной зависимостью в процессе психотерапии могут быть целями фаз психотерапии и критериями ее эффективности.

Скобелев О. В.

УЗ «Витебский областной психоневрологический диспансер», Витебск

Дифференцированный подход к психоактивным веществам различного уровня наркогенности в вопросах профилактики зависимостей

Реально осуществляемая пропаганда против вредных привычек, несмотря на пугающие цифры и образы, зачастую вызывает реакцию протеста или нездоровое любопытство, т. е. дает прямо противоположные результаты. Врачи, психологи или педагоги нередко сами имеют размытые представления о трезвом образе жизни, к которому призывает, или же сам такого образа жизни не придерживается. Отсюда схоластичность и неубедительность, двойные стандарты, негативно воспринимаемые даже на уровне подсознания не только подростками, но и вполне зрелой аудиторией. Наиболее надежный способ профилактики зависимостей – трезвый образ жизни. На первый взгляд, это отказ от употребления одурманивающих веществ. Однако здесь не все так просто и однозначно. Ведь не само по себе вещество вызывает одурманивание, а его употребление

в соответствующем количестве и с соответствующей целью. Несмотря на широкий ассортимент веществ, употребляемых с целью одурманивания, в обществе сложилось далеко не однозначное отношение к разным веществам такого рода. К табакокурению и наркотизации отношение, по крайней мере, на словах, негативное: их вред и опасность очевидны, слишком быстро развивается зависимость. Исключение делается только для легальных наркотиков, применяемых в медицинских целях. В отношении алкоголя подобного единодушия нет и быть не может. Существуют древние традиции употребления вин. Многие пищевые продукты (кефир, хлебный квас, кумыс) содержат в небольшой концентрации алкоголь. Современная алкоголизация вышла далеко за рамки традиций и стала национальным бедствием, угрожающим демографической безопасности. Одним словом, алкоголь – это и одурманивающее вещество, от употребления которого надо отказываться, и пищевой продукт, в употреблении которого надо соблюдать умеренность.

Кофеин относится к той же категории веществ, что и алкоголь, т. к. содержится в пищевых продуктах (чае, кофе и какао). Но кофеинизм распространен главным образом в местах лишения свободы в качестве замены алкоголизации и поэтому, в отличие от алкоголизма, большой социальной опасности не представляет. В нашем обществе, с учетом традиций и исторического опыта, сложился дифференцированный подход к запретительно-ограничительным мерам в отношении различных веществ, способных вызвать одурманивание (психоактивных веществ). Они значительно различаются по способности вызывать привыкание и зависимость, т. е. по наркогенности. У любого ПАВ есть минимальная токсическая (опьяняющая) доза. Существуют мнения: 1) трезвый образ жизни исключает употребление ПАВ; 2) трезвый образ жизни допускает употребление психоактивного, в том числе наркотического, вещества в дозах, не вызывающих даже минимального опьянения. Подобные противоречия можно устранить, различая ПАВ по уровню наркогенности.

Трезвый образ жизни включает воздержание от употребления ПАВ и допускает употребление условно наркогенных ПАВ в дозах, не вызывающих даже минимальное опьянение, или обоснованное медицинское применение высоконаркогенных ПАВ. Каждый дееспособный человек вправе сам выбирать для себя степень строгости трезвого образа жизни. Но свобода выбора не избавляет от необходимости учитывать свое реальное психическое и физическое состояние.

Ходос О. А., Гидранович Л. Г., Сачек М. М., Самсонова И. В.
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Ингибиторы протеолиза и морфологическая организация головного мозга при алкогольных интоксикациях

Алкоголь вызывает дегенеративно-деструктивные изменения нервной ткани, повреждая клетки прямым и опосредованным путем, что приводит к изменению активности ферментов. Активность протеолитических ферментов в организме контролируют специфические белки – ингибиторы протеиназ, которые снижают протеолитическую активность крови и тканей, инактивируют протеиназы указанной группы.

Цель работы: исследовать активность ингибиторов трипсиноподобных и цистеиновых протеиназ и изучить гистологическую структуру головного мозга крыс при острой и хронической алкогольной интоксикации.

Опыты проводили на самцах крыс линии Wistar массой тела 250-300 грамм. Острую алкогольную интоксикацию вызывали путем внутрибрюшинного введения животным 25 % раствора этанола. Хроническая интоксикация достигалась путем потребления крысами 30 % раствора этанола в течение 4 месяцев. Забой животных при острой интоксикации этанолом производили декапитацией через 30 и 90 минут после инъекции, при хронической интоксикации – после потребления этанола и через 24 часа после его лишения (формирование синдрома отмены алкоголя). Активность ингибиторов протеиназ в экстракте ткани головного мозга крыс определяли спектрофотометрически. Изучение влияния этанола на морфологическую организацию коры головного мозга проводили с использованием препаратов головного мозга крыс, окрашенных по Нисслию и гематоксилином и эозином. Для оценки степени достоверности межгрупповых различий был использован U-критерий Манна – Уитни.

При острой алкогольной интоксикации в экстрактах ткани головного мозга животных опытных и контрольной групп не было выявлено статистически значимых различий активности ингибиторов трипсиноподобных протеиназ, тогда как активность ингибиторов цистеиновых протеиназ через 30 минут после введения раствора этанола снижалась на 36,36% ($p=0,038$), а через 90 минут – на 48,90% ($p=0,022$). При хронической интоксикации активность ингибиторов трипсиноподобных протеиназ не изменялась, однако в период развития синдрома отмены алкоголя снижалась на 19,04 % ($p=0,006$). Различия активности ингибиторов цистеиновых протеиназ при этом не были статистически значимыми по сравнению с контролем. Анализ гистологической структуры головного мозга показал, что наиболее ранними были внутрисосудистые и сосудистые изменения, которые проявлялись уже через 30 минут после введения раствора этанола и выражались в полнокровии микрососудов, агрегации форменных элементов крови, стазе и появлении признаков сладжирования. Обнаруживались также достаточно отчетливые, но еще обратимые структурные изменения

нейроцитов дистрофического характера. Через 90 минут после инъекции отмечалось нарастание выраженности дистрофических, некробиотических и некротических изменений нервных клеток с появлением клеток-«теней» и мест выпадения нейроцитов. Хроническая алкогольная интоксикация приводила к дальнейшему нарастанию изменений микроциркуляторного русла, постепенному увеличению количества нейронов с набуханием, явлениями кардио- и цитолизиса, цитопикноза, а также количества клеток-«теней» и мест выпадения нейронов.

Таким образом, при хронической алкогольной интоксикации происходят более глубокие нарушения гистологической организации головного мозга, чем при однократном введении этанола, тогда как изменения активности ингибиторов протеолиза носят разнонаправленный характер.

Хрущ И. А., Костеневич Н. Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Личностные особенности пациентов, страдающих опиоидной зависимостью

Наркомания – хроническое прогрессирующее заболевание, вызванное употреблением веществ-наркотиков и характеризующееся фазным течением. Наркомания является одной из форм девиантного поведения. Среди причин возникновения и развития наркомании чаще всего называют особенности характера, психические и физические расстройства, влияние различных социальных факторов.

По данным наркологической службы Министерства здравоохранения, количество зарегистрированных наркопотребителей за последние 5 лет увеличилось на 52,5%. Эпидемиологические исследования наркологической ситуации в Беларуси указывают на снижение среднего возраста потребителей, а также увеличение доли «тяжелых» наркотиков и повышение их доступности. На наркологическом учете в республике состоит 11,5 тыс. человек, более семи тысяч из них страдают от зависимости. Около 80-90% наркозависимых употребляют опиоиды.

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявление социальных и психологических аспектов опиоидной наркомании в Республике Беларусь.

■ ЗАДАЧИ

1. Выявить наличие акцентуации личности у больных наркоманией.
2. Определить гендерные различия акцентуаций личности у пациентов с наркоманией.
3. Установить средний возраст начала наркопотребления.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проанализировано 70 медицинских карт стационарных больных, находящихся на лечении в 37 наркологическом отделении Республиканского научно-практического центра «Психического здоровья» с клиническим диагнозом: состояние отмены опиоидов, синдром зависимости от опиоидов, активная зависимость.

Для определения типа акцентуации применялся тест Леонгарда-Шмишека, который был проведен среди 50 пациентов того же отделения.

В зависимости от стажа наркопотребления было выделено 3 группы:

1. от 1 до 5 лет – 19 человек;
2. 5-10 лет – 16 человек;
3. более 10 лет – 15 человек.

Наиболее заметные различия в этих группах наблюдались по демонстративному и возбудимому типам акцентуаций.

■ ВЫВОДЫ

1. Акцентуация характера была выявлена в 100% случаев. Чаще всего выявлялись эмотивный и экзальтированный тип акцентуации, что свидетельствует о чрезмерной важности эмоционального компонента жизни для таких людей.
2. С увеличением стажа наркопотребления происходит усиление акцентуации характера по возбудимому типу.
3. При анализе стажа заболевания было установлено, что практически все респонденты начали употреблять наркотики в возрасте от 17 до 20 лет.
4. Наличие семьи не является сдерживающим фактором в употреблении наркотиков, так как в большинстве случаев закономерны либо разрыв семейных отношений либо наркотизация второго из супругов.

Худяков А. В., Урсу А. В.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Некоторые социально-психологические особенности подростков с компьютерным игровым аддиктивным поведением

Данное сообщение является фрагментом работы, посвященной изучению игрового поведения несовершеннолетних, основанной на массовом (1054 человека) анонимном анкетировании учащихся в возрасте от 8 до 18 лет. Игровая деятельность на компьютере достаточно распространена среди обследованного контингента (68,3%), особенно среди младших школьников (81,7%). Доля игроков

среди студентов вузов и учащихся училищ составила соответственно 57,3% и 64,2%. Треть опрошенных (а среди младших школьников половина) иногда (30,7%) или постоянно (6,0%) испытывает навязчивое влечение к игре, которое может рассматриваться как признак формирования психического влечения.

Из общего числа респондентов были выявлены три группы аддиктивного поведения (АП). Компьютерного игрового (игра в компьютерные игры ежедневно или практически каждый день в среднем 3 и более часов и способность непрерывно играть 6 и более часов) - 7,7% от общего числа опрошенных. Азартного игрового (выигрыш или проигрыш 500 и более рублей при неоднократных случаях игры) - 10,0%. Алкогольного аддиктивного (употребление алкоголя почти каждую неделю с неоднократными случаями утраты количественного контроля и толерантностью более 1 литра пива или эквивалентных количеств других алкогольных напитков – 9,8%. Эти группы сравнивались с контрольной группой, которая была очищена от обследованных, имевших хотя бы один признак групп АП.

Во всех группах АП преобладают мужчины. Однако, если в группе алкогольного аддиктивного поведения (ААП) это различие минимально (соотношение мужчин и женщин – 54,4% против 45,6%), то в группе азартного игрового аддиктивного поведения (ААП) оно становится явным (65,7% против 34,3%) и подавляющим в группе компьютерного игрового аддиктивного поведения (КИАП): 91,4% против 8,6%. Среди лиц из группы КИАП признаки АИАП выявлены у каждого четвертого, с той же частотой выявлялись и признаки ААП. В группе ААП признаки КИАП выявлены у каждого пятого и признаки АИАП у каждого четвертого. В группе АИАП признаки КИАП выявлены у каждого пятого, а признаки ААП у каждого четвертого. Таким образом, доля микстов (сочетания, по крайней мере, двух видов АП) достаточно постоянна.

Исследование показало, что группы АП во многом имеют сходные характеристики и одинаковые отличия от контрольной группы. В особенности близки группы ААП и АИАП. Они наиболее существенно отличаются от контрольной группы, тогда как дети из группы КИАП имеют меньше отличий от нее.

Обобщенный социально-психологический портрет подростка из группы КИАП (созданный с использованием корреляционного анализа) характеризуется следующими признаками: это достоверно чаще мужчина ($t=8,3$), в большей степени стремящийся к свободе и независимости ($t=2,4$), желающий быть уверенными в себе ($t=2,9$), не считающийся при этом со своим здоровьем ($t=-2,2$), чаще других подростков чувствующий себя бодрым ($t=2,6$), способный получать деньги на развлечение нечестным путем ($t=3,4$), более склонный играть на деньги в игровые автоматы ($t=2,0$), пробовать наркотики ($t=3,7$) и чаще ($t=2,1$) и в большем количестве употреблять спиртное: водку ($t=3,3$) и в особенности пиво ($t=4,9$). Также была выявлена корреляционная связь средней силы между количеством употребляемого пива и средней ($r=0,42$) и максимальной ($r=0,48$) продолжительностью игровой деятельности.

Таким образом, высокий уровень сочетания различных видов аддиктивного поведения у несовершеннолетних и значительная общность их социально-психологических характеристик свидетельствует в пользу общности патогенеза указанных зависимостей (игровой и алкогольной), что требует включения их в единую систему профилактики.

Черенков А. А., Обухов Н. Г.
НИИ ФСИН России (филиал г. Ижевск),
Республиканский наркологический диспансер
МЗ Удмуртской Республики, Россия

Преморбидный фон больных с наркологической патологией и его влияние на течение основного заболевания

Проблема пьянства и алкогольной зависимости не теряет своей актуальности практически во все времена. Всплеск наркомании в нашей стране, да и на всем постсоветском пространстве представляется проблемой сравнительно новой. Однако по степени и скорости влияния на «биологическую безопасность» нации наркомания значительно превосходит алкоголизацию.

Для решения данных проблем существует сеть специализированных учреждений и отделений, как в гражданском, так и пенитенциарном секторах здравоохранения.

Однако в используемых в этих учреждениях моделях ведения и лечения данных пациентов практически не учитываются нюансы состояния их преморбидного фона. Зачастую рекомендуемые схемы лечения, особенно у больных «опиоидного профиля» не учитывают ни антропометрических (прежде всего роста-весового соотношения), ни лабораторных данных, ни возможности обеспечения сосудистого доступа, и, как следствие, инфузионно-трансфузионной программы, которая бывает необходимой во всех фазах наркомании. Это приводит к неоправданно большому и не всегда управляемому назначению различных сильнодействующих препаратов per os или в/мышечным способом.

Нами проведено исследование у 237 пациентов, поступивших в отделение анестезиологии и реаниматологии Республиканского наркологического диспансера для проведения ультрабыстрой опиоидной детоксикации в течение двух лет. Средний возраст пациентов составил $32,14 \pm 7,91$ года. Мужчины составили 79,94% и женщины 20,06%. Ургентно, по линии скорой помощи и переводом из других лечебных отделений диспансера, было доставлено 36,71% больных, остальные (63,29%) больные поступили в плановом порядке. Центральная вена была использована у 146 больных – 61,6% (!).

Преморбидный фон у больных выглядел следующим образом: в 21,43% случаях в преморбидном фоне фигурировала ВИЧ-инфекция различных стадий. У 44,62% имели место гепатиты С и В, при этом у 14,87% гепатит С сочетался с ВИЧ инфекцией.

Кроме того, у 9,23% пациентов (в основном из числа доставленных urgently) была зафиксирована пневмония, вероятнее всего аспирационного характера. При этом всем больным с пневмонией потребовалась респираторная поддержка в различных аппаратных режимах. Еще у 3,59% больных имел место туберкулез легких различных форм.

Также любопытным является тот факт, что у 5,64% больных зафиксировано желудочно-кишечное кровотечение, потребовавшее интенсивной гемостатической терапии. У всех больных с желудочно-кишечным кровотечением имелся в анамнезе гепатит С с тяжелыми расстройствами функций гемостаза.

Было зафиксировано 2 летальных исхода (1,02%). Оба летальных исхода имели место у больных с сочетанной ВИЧ-инфекцией.

Таким образом, проблема оценки состояния преморбидного фона у наркологических больных представляется актуальной, а его недооценка может привести к серьезным осложнениям и даже повлиять на прогноз *ad vitam* у этой категории больных.

Чубуков А. М., Шилейко И. Д.

УЗ «Городской клинический наркологический диспансер», Минск

Анализ выявляемости наркотических средств и психотропных веществ среди наркопотребителей г. Минска

В последние годы в г. Минске происходит постоянный рост числа лиц, потребляющих психоактивные вещества (далее – ПАВ). Об этом свидетельствуют результаты исследований биологических сред, проведенных в токсикологической лаборатории УЗ «Минский городской клинический наркологический диспансер». Исследовались биосреды как лиц, состоящих на наркологическом учете, так и доставленных с подозрением на употребление наркотических и психотропных веществ впервые.

В результате установлено, что за период с 2005 по 2009 г. (1-е полугодие) количество случаев употребления нелегально используемых ПАВ возросло в 1,5 раза. В последнее время наиболее популярными из них в среде наркопотребителей являются опиаты (в том числе метадон) и трамадол. Опиаты занимают лидирующее место среди нелегально используемых ПАВ, и в последние годы частота их использования увеличилась. Так, в 2005 г. из общего числа наиболее часто употребляемых наркотических и психотропных веществ выявляемость опийных алкалоидов (морфин, коде-

ин, тебаин) составила 16%, а в 2009 г. – уже 46%. В основном это кустарные средства, для изготовления которых используются семена мака либо маковая соломка. В то же время употребление героина, являющегося полусинтетическим производным морфина, резко снизилось: в 2007 г. выявлен 481 случай употребления (28%), а в первом полугодии 2009 г. всего – 7 случаев (0,8%). Ежегодно увеличивается количество наркопотребителей, использующих с целью одурманивания трамадол. Так, в 2005 г. выявлено 33 случая злоупотребления трамадолом, что составило 3,5% от общего числа наиболее часто используемых наркотических и психотропных веществ, в 2008 г. – 233 случая (17%), а в 2009 г. (1-е полугодие) – 234 случая (28%).

Анализ статистических данных показывает, что существенных изменений в использовании метадона за последние 4 года не наблюдается и составляет от 11 до 19% от общего числа наиболее часто употребляемых ПАВ. Также без существенных изменений остается выявляемость амфетамина, метамфетамина и их дериватов – от 9 до 14%. Зато отмечено ежегодное снижение употребления каннабиноидов: с 47% в 2005 г. до 6% в 2009 г. (1-е полугодие). В настоящее время на их место пришли синтетические заменители (спайс), входящие в состав так называемых «курительных смесей» и распространяемые под торговыми названиями «Spice silver», «Spice diamond», «Smoke» и др. Что касается такого популярного в некоторых странах наркотического средства как кокаин, то ежегодно в г. Минске выявляется всего 1-2 случая его употребления.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что в среде наркопотребителей предпочтение отдается инъекционным наркотическим средствам, вызывающим состояние эйфории. При отсутствии этих средств используется трамадол, причем не только для купирования синдрома отмены, но и с целью одурманивания. В связи с этим очень актуальным является вопрос включения трамадола в список опасных психотропных веществ, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь. Психостимуляторы (амфетамин, метамфетамин и их дериваты, каннабиноиды) преимущественно выявляются у лиц, не состоящих на наркологическом учете и доставляемых с подозрением в употреблении наркотических средств и психотропных веществ впервые.

Шевцова Ю. Б.

ФГУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского Росздрава», Москва

Комплексный подход к диагностике и лечению алкоголизма с учетом социальной дезадаптации больных

Социальная и психическая дезадаптация при алкоголизме является системным процессом, выраженность которого тесно коррелирует с течением заболевания.

Системность дезадаптации выражается в непрерывности существования данного явления от преморбида до болезни, тесно связанной с регрессивной динамикой личности, обусловленной зависимостью от алкоголя. Изначальные нарушения адаптационных возможностей, имеющие место в силу наследственных, семейных и конституциональных факторов, приводят в ряде случаев к выбору неконструктивной модели поведения – злоупотребления алкогольными напитками. На протяжении развития синдрома зависимости от алкоголя степень дезадаптации в большей мере зависит от формы и прогрессивности заболевания, коморбидной личностной и аффективной патологии, в меньшей степени – от микросоциальных факторов.

При квалифицированной диагностике и оценке алкоголизма необходимо основываться на интегративном подходе, учитывающем наряду с клиническими данными уровень функционирования во всех социальных сферах – общественной, семейной, производственной. Системный анализ полученных данных позволяет выделить как клинические, так и социальные факторы, которые способствуют недостаточности, а в ряде случаев, и полному разрушению адаптационных и компенсационных систем у больных алкоголизмом. Многоуровневая оценка алкоголизма – как прогрессирующего процесса, носящего биопсихосоциальный характер – дает адекватную возможность прогнозировать ход дальнейшего течения зависимости, а также разработать дифференцированные рекомендации, касающиеся реабилитационных программ.

Лечение алкогольной зависимости проходит более эффективно в тех случаях, когда оно направлено не только на достижение трезвости как таковой, но и на повышение компенсаторных механизмов личности, на обучение «жить с болезнью», функционирование на качественно ином, чем до заболевания и при наличии заболевания, уровне. Учет комплекса характеристик, включающих, наряду с клиническими данными, показатели социального функционирования больных алкоголизмом, является необходимым для оказания современной и адекватной специализированной помощи пациентам данной категории. Такой подход создает основу для более полноценной реадaptации больных алкоголизмом благодаря осуществлению сбалансированного медикаментозного лечения и целенаправленного психотерапевтического воздействия. При подборе медикаментозных средств должно учитываться как их воздействие на редукцию основной симптоматики заболевания, так и на снижение выраженности поведенческих нарушений и агрессивных тенденций. Психотерапевтические методики – индивидуальная, групповая и семейная психотерапия – должны способствовать преодолению анозогнозии и осознанию пациентами наличия у них алкоголизма, обучению жить с хроническим психическим расстройством и решать насущные эмоциональные и коммуникативные проблемы без употребления спиртных напитков. Оптимальной является работа полипрофессиональной бригады, состоящей из нескольких специалистов, у каждого из которых имеются свои собственные задачи: врача

психиатра-нарколога, психотерапевта, клинического психолога, социального работника, среднего медицинского персонала. Оценка результатов лечения производится не только по определению длительности периода полной трезвости, но и по показателям улучшения социального функционирования.

Шишко О. И., Якушкин Н. В., Теряев И. В.
УЗ «Витебский областной психоневрологический диспансер», Витебск

Психодинамическая групповая терапия в коррекции зависимого поведения у подростков

Для более эффективной коррекции зависимостей от психоактивных веществ в Витебском областном психоневрологическом диспансере с 2004 года используется психодинамическая групповая терапия. Концепция проведения была разработана последователем психоаналитического учения З. Фрунгом. Она основана на осознании подростком глубинных эмоциональных переживаний в группе, на нахождении им новых решений своих личностных проблем.

Применение групповой психоаналитической терапии было начато в октябре 2004 года. Работа была начата с проведения открытых групповых сессий продолжительностью 1,5 часа.

В результате работы были сделаны следующие выводы:

1. В силу возрастных и социальных особенностей подростков, находящихся в группе, довольно трудно формируется мотивация и интерес к занятиям. Проведение психодинамической терапии с подростками требует более длительной диагностической фазы. Следует оценить, насколько подросток способен к стабильным объектным отношениям, может ли переносить страх без возникновения декомпенсации, уровень интеллектуального развития и способность к речевому самовыражению и самонаблюдению.
2. Психодинамические группы предполагают изначально максимальную вербализацию мыслей и чувств. У большей части подростков вербализация затруднена в силу характерной алекситимичности. Участники динамической группы ограничены в действиях (отсутствие тактильного контакта, возможности выхода за пределы круга или группы), что также довольно сложно для данной возрастной категории.
3. Ведущий играет с самого начала более активную роль, чем при работе с взрослыми. Воздействие вначале направляется на то, чтобы подросток увидел необходимость понимания собственных проблем. Необходимо дать ему информацию, устранить недоразумения, стимулировать способность к самоанализу и готовность к нему. В своей речи необходимо учитывать особенности языка

и способ выражения мыслей участников группы. Содержание бесед вначале ориентируется на повседневные темы, не вызывающие тревоги.

4. Перенос, возникающий в процессе работы с подростками, чаще носит деструктивный и неустойчивый характер. Подростки чаще демонстрируют сопротивление переносу, чем положительное к нему отношение. Сопротивление переносу ведет к усилению симптоматики и становится одной из самых частых причин прерывания терапии. Поэтому при толковании переноса требуется особая осторожность и деликатность. Подростки стремятся вовлечь своими действиями психолога в конфликты, требуют, чтобы он высказывал свою точку зрения на различные темы, чем затрудняют соблюдение принципа нейтральности и сдержанности, а также сохранение рамок. Есть опасность, что психолог может слишком идентифицироваться с подростком или одним из родителей и проявить контрпереносные реакции, например жалости или злости.

Таким образом, применение групповой психодинамической терапии является достаточно эффективным методом коррекции зависимого поведения. Проведение групповых занятий требует более тщательного отбора пациентов для участия в группе по сравнению с взрослыми. Для совершенствования навыков ведущих необходима возможность получения интервизионной помощи в профессиональной среде.

**Психотерапия,
клиническая
психология
и сексология**

Alex Altshuler

Ben-Gurion University of the Negev – Beer-Sheva, Israel

Inter-cultural aspects of psychotherapy and counseling with russian-speaking immigrants in Israel

Immigration is a very common and widespread social phenomenon in Israel throughout its history. The process of immigration is very complicated in physical, social and cultural terms (Moshkovitz, 1996; Pardess, 2005; Shuval, 1993). Regarding the cultural aspect of immigration - it relates to the need to learn new values and norms. This process creates various dilemmas about the "right way" in cases of contradiction between the "new" and the "old" values. The social component of immigration process contains the elements of disengagement from the systems of relationships and interactions in the country of origin and includes the mission to establish a new system of relations. The additional dimension - the physical one - includes a change in climate, lifestyle, eating habits and more.

All the above immigration difficulties are common for the most of immigrant population. However, some individuals or families are more vulnerable and need additional professional help in order to overcome those psychological and practical barriers in the new reality. The process of integration is especially difficult for people who experienced crisis situations, in addition to the immigration stress – such as, family violence, severe illness, divorce and more.

This article is aimed to present some guidelines for culturally sensitive psychotherapy and counseling with immigrants. It is based on the author's extensive professional experience during the last ten years in various organizations, which deal with psychosocial support for Russian-speaking immigrants in Israel. The guidelines are the following:

1. "Multi-dimensional awareness" – in addition to the psychological problems, many immigrant patients experience also economic difficulties, bureaucratic complexities, a kind of "cultural shock" and other "non-psychological" obstacles. The awareness of those "multi-dimensional" difficulties will enable the therapist to deliver more effective psychotherapy and support.
2. The mother tongue – speaking with immigrants in Russian was reported by most of them as an important fact that enabled them to feel comfortable, confident and open throughout the counseling process. Conversations which are being held in Russian increase the effectiveness of communication process and enable immigrants to express their feelings and thoughts in the most convenient way. This increases their belief that the therapist really understands the various nuances of their situation and is capable to assist them to overcome the existing difficulties.
3. Respect to the cultural background – it seems very important to be familiar with the patient's specific socio-cultural background and to reflect the therapist's interest

and respect towards it. This will give the therapist additional information and may strengthen the therapeutic bond.

4. Optional home visits – home visits enable to meet the patient in his natural context and provide more insights regarding the family dynamics, additional patient's strengths and vulnerabilities, and more. The home visit may be also seen as a sign of a deep therapist's interest in the patient's life. These signs are especially important for the immigrants – new citizens in a new country, not a few of whom feel alienated in the first periods after immigration.

The above guidelines are not aimed to supply “ultimate answers” to the psychotherapists, but to increase awareness regarding the importance of some unique elements and perspectives, in the context of counseling and psychotherapy with immigrants.

Агеенкова Е. К.

УО «Белорусский государственный университет», Минск

Особенности социально-психологической зависимости у последователей новых религиозных движений

Под новыми религиозными движениями (НРД) понимаются культы нового типа, характеризующиеся как религиозные новообразования, возникшие после Второй мировой войны, предлагающие религиозное или философское мировоззрение или средства, с помощью которых может быть достигнута какая-либо высшая цель, например, трансцендентное знание, духовное просветление, самореализация, или «истинное» развитие.

В связи с тем, что увлеченность новыми религиозными идеями часто сопровождается такими проявлениями как самоистязание, самоубийство, массовая истерия, оно часто рассматривается как психическое расстройство. Однако поведение лиц, вовлеченных в НРД, не всегда имеет форму клинической психопатологии. Современные исследователи чаще отмечают у последователей НРД признаки социально зависимого поведения: потребность находиться в контакте с членами своей организации, следовать его предписаниям и определенным стереотипам поведения, выполнять рекомендации своего «духовного» наставника и т.п. В связи с этим чаще используются определения «зомбирование», «манипулирование сознанием», «промывание мозгов», «контроль сознания», «зависимые расстройства личности».

Однако необходимо отметить, что проявления социально-психологической зависимости в НРД имеют свою природу, динамику и по отдельным признакам не соответствуют критериям зависимого расстройства личности, описанного в МКБ-10.

При анализе поведенческих особенностей лиц, вовлеченных в деятельность НРД, нами выделены следующие проявления их социально-психологической зависимости.

1. Формирование у последователя в период его инициации высшей жизненной ценности, или «сверхидеи».
2. Признаки классического зависимого поведения у последователя НРД наблюдаются в большинстве случаев только на стадии неофита. В его поведении обнаруживается азарт или ощущение близости и доступности «Бога», «истины» и т.п. В этот период можно наблюдать также эффекты, обусловленные групповой динамикой и групповым давлением.
3. У большинства членов культа на более поздних стадиях членства появляется критичность по отношению к своему культу. Однако, защищая свои высшие ценности, индивид может связать наблюдаемые недостатки с отдельными лицами, которые якобы неправильно понимают учение, и др..
4. Выраженная классическая форма социально-психологической зависимости от НРД наблюдается только у лиц со склонностью к зависимому поведению.

Быстрое и стойкое формирование высшей жизненной ценности у последователей НРД обусловлено, во-первых, культовым вероучением, в котором заявлены претензии на истинность, во-вторых, психологическими причинами, побуждающими индивидов следовать идеям культа.

Последнее замечание достаточно важно, т.к. приемы психологического воздействия эффективны в том случае, если они направлены, по определению Е.Н.Волкова, на «личную уязвимость», т.е. взаимодействуют с потребностной сферой человека и с личностными особенностями, среди которых им названы: застенчивость, доверчивость, низкий уровень терпимости к двусмысленности, разочарование в культуре, наивный идеализм, неразборчивое стремление к духовному смыслу и др.

Архипов Б. А., Карафа-Корбут Н. О.
Институт современного детства,
МГПУ, Москва

Супружеские пары старшего репродуктивного возраста в программе экстракорпорального оплодотворения. Интересы потенциальных детей

В настоящее время ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) являются одним из основных методов лечения бесплодия пациентов с различными формами нарушения репродуктивной функции. Современные методы репродуктивных технологий - ЭКО, ИКСИ (внутрицитоплазматическая инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита), донация ооцитов, суррогатное материнство и др.

Среди участников программы ЭКО 48% - это женщины старшего репродуктивного возраста 40-50 лет. Большинство из них обращаются за помощью в связи с трагическими событиями в семье - потерей единственного ребенка и желанием зачать и родить еще одного. Из них 26% женщин становятся матерью в первый раз, имея за плечами многолетний опыт лечения бесплодия и отсутствие опыта воспитания ребенка. Суханова Л. П. и Глушенкова В. А. (2007) отмечают увеличение доли рожаящих женщин старшего репродуктивного возраста - 40 лет и старше в России в течение 1991-2006 гг.

Перед вступлением в программу ЭКО необходимо подтверждение, что родители, зачавшие ребенка в 42-43 года, когда поведут его в первый класс, будут здоровыми, способными содержать и воспитывать своего малыша, т.е. иметь «потенциал» родителя. В настоящее время этому моменту (психологической подготовки и поддержки) уделяется мало внимания.

Социально-экономические условия часто не позволяют женщине иметь ребенка в молодом возрасте. Если учесть, что после 35 лет риск рождения ребенка с патологией составляет около 38%, то к 40 годам – выше 50%. Таким образом, фактически обрекая себя на рождение ребенка с патологией, беременная женщина после ЭКО озабочена контролем здоровья своего малыша в процессе всей беременности.

Доказано, что здоровье женщин после 40-45 лет в значительной мере нарушено. Беременность и роды протекают на фоне экстрагенитальной патологии, которая регистрируется в 60% случаев, причем у 2/3 пациенток она носит хронический характер. Чаще всего это сердечно-сосудистые заболевания, заболевания мочевыделительной системы, печени, органов пищеварения и т.д. Что касается гинекологической заболеваемости, то она достаточно высока и составляет от 44 до 65% (Фролова О.Г., 1997). Среди гинекологических заболеваний преобладают хронические воспалительные процессы половых органов, миома матки, нарушения менструального цикла, опущение матки и влагалища и т.д. Кроме того, 10% женщин этого возраста ранее перенесли оперативные вмешательства на половых органах.

В настоящее время известно, что беременности, полученные в результате ЭКО/ИКСИ несут риск многоплодной беременности, угрозы невынашивания, рождения ребенка с низкой массой тела (Van Balen, F., 1998). Перед проведением программы ЭКО 90% опрошенных сказали, что не будут против двойни, однако потенциальные родители не высказывали оптимизма перед рождением тройни (Gleicher N., Campbell D.P., Chan, C.L. et al., 1995). Например, в Бельгии в 1997 году, 95% всех беременностей после ЭКО оканчивались родами двойней (Bekaert A., Martens G. and Devlieger, 1997). Было показано, что женщина готова к многоплодной беременности даже тройней, нежели оставаться бесплодной (Leiblum S.R., Kemmann E. and Taska, L., 1990).

Таким образом, проблема планирования беременности в процессе программы ЭКО является актуальной. Нам представляется, что «потенциальные» родители должны быть информированы о возможных вариантах развития беременности и проявить готовность к рождению двойни или тройни. Психическое и физические здоровье детей определяется во многом уровнем здоровья их родителей. И если идет речь о суррогатных мамах, то и здоровьем биологической мамы или донора ооцитов и суррогатной мамы. Многоплановость данной проблемы приводит нас к выводу о необходимости своевременной диагностики и возможности проведения ЭКО для рождения потенциально здоровых детей.

Ассанович М. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Использование одномерных контент-шкал ММРІ в клинической психодиагностике

Миннесотский многофазный личностный опросник (ММРІ) занимает ведущее место среди других личностных опросников по частоте использования в клинике. Достоинством данной методики являются многомерный характер, эмпирическая проверенность диагностических шкал в клинике и наглядность представления диагностической информации. Комплексная оценка графического профиля шкальных оценок составляет сущность интерпретации результатов исследования с помощью ММРІ.

Вместе с тем наряду с преимуществами можно указать и определенные недостатки данного теста, затрудняющие его эффективное применение в клинической психодиагностике. Эти недостатки связаны с ограниченным набором диагностических шкал и их психологическим полиморфизмом. ММРІ содержит 3 контрольные шкалы и 10 клинических шкал. На основе оценки взаимоотношений между этими шкалами в профиле строится интерпретация. Однако указанные недостатки не дают возможности получить комплексную картину личности и достоверно оценить клинко-психологический статус пациента. Полиморфизм шкал обуславливает достаточно широкую зону вероятностной неопределенности в плане квалификации полученных данных. Ограниченное количество шкал сужает диапазон диагностической информации. Известно, что за рубежом предложено более 400 дополнительных шкал, которые позволяют повысить эффективность психодиагностики с помощью ММРІ. Однако в русскоязычной версии опросника данные шкалы не прошли клиническую валидизацию.

С целью устранения вышеуказанных недостатков нами проведено исследование, направленное на создание одномерных контент-шкал ММРІ. В ходе этого исследования был выполнен содержательный анализ утверждений опросника. За-

тем на его основе утверждения были сгруппированы в отдельные контент-шкалы. Основным требованием к построению контент-шкалы являлась одномерная диагностическая направленность. Каждая шкала должна оценивать только один клиничко-психологический конструкт. Далее была осуществлена клиническая валидизация контент-шкал на профилях ММРІ пациентов с пограничными психическими расстройствами. В результате статистического анализа диагностической информативности нами отобрано более 15 контент-шкал и отдельных утверждений, имеющих достаточно высокую диагностическую эффективность. В качестве примеров таких шкал можно назвать шкалы «Когнитивного снижения», «Астении», «Снижения работоспособности», «Психастении», «Обсессивности», «Депрессии», «Диссоциативных расстройств», «Соматоформных расстройств», «Тревоги», «Фобических страхов», «Социального избегания», «Ригидности».

Разработан бланк протокола оценки контент-шкал и диагностически значимых утверждений, который предлагается использовать в практической работе. Построенные нами контент-шкалы рекомендуется использовать для конкретизации, прояснения и дополнения информации, получаемой в ходе анализа основного профиля ММРІ.

Атрашкевич Д. В.

УЗ «Витебский областной психоневрологический диспансер», Витебск

Интервизия как возможность профессионального роста

Каждый специалист, работающий в области психического здоровья, неизбежно встречается с целым рядом вопросов и проблем, для решения которых ему необходима профессиональная поддержка коллег.

Одну из возможностей получения профессиональной поддержки и развития собственных навыков предоставляет интервизия. Сутью интервизии является представление собственной психологической работы в среде коллег, равных по опыту, статусу. Цели и конечные результаты должны быть оговорены и по окончании установленного времени сведены в виде обобщенных итогов.

С октября 2007 года на базе Витебского областного психоневрологического диспансера проводится закрытая интервизорская группа. Группа работает один раз в неделю, по полтора часа, с перерывом на летние каникулы. Численность группы на различных встречах колебалась от 8 до 14 человек. В состав группы вошли практические психологи, представляющие различные учреждения г. Витебска. Данная группа имеет «клиническую направленность», т. е. сосредоточенность на дифференциации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов, применении психопрофилактических, психокоррекционных и психотерапевтических способов помощи пациентам.

Занятия проходят по строго определенной процедуре. Это позволяет участникам удерживать работу в конструктивном русле, не «сползая» к личностно-безопасному разбору случая с одной стороны, и не смещаясь в сторону личностной психотерапии, вызванной эмоциями и атмосферой доверия и безопасности, с другой. За соблюдением процедуры следит координатор группы, избранный из числа участников.

За одну встречу рассматривается один случай. Докладчик заявляет о предоставлении материала группе за неделю, на предыдущей встрече. Сначала «докладчик» излагает свой «случай», вызывающий у него затруднения, и запрос к группе. После этого начинается информационный круг вопросов. Каждый участник имеет право задавать вопросы до полного прояснения ситуации. Докладчик добросовестно отвечает на все вопросы. Потом начинается «круг интерпретаций». Участники излагают докладчику свое видение, свои «галлюцинации» по поводу предоставленного им случая, рассказывают об аналогичном случае из своего опыта или просто делятся своими чувствами. Докладчик все это время только слушает. Когда же закончится круг интерпретаций, докладчик может задать дополнительные вопросы кому-нибудь из участников. Затем говорит о том, что он думает и чувствует по поводу услышанного.

Второе направление работы, предусмотренное в группе – дискуссии и обсуждения. Здесь докладчик представляет вниманию группы не клинический случай, а заинтересовавший его теоретический или практический вопрос из области клинической психологии, психологического консультирования и психотерапии. Материал обсуждается в свободной форме или в русле, заданном докладчиком.

Подводя итоги работы интервизионной группы, следует отметить, что группа стала местом профессионального обмена информацией и возможностью для специалистов получить поддержку, новый взгляд на работу с пациентом, обогатиться опытом коллег, расширить свои профессиональные возможности. Как важнейшие среди функций группы следует также выделить:

- профилактика «синдрома выгорания психолога», т.к. позволяет экологично проработать негативные чувства, которые непременно возникают в процессе работы;
- пространство «контейнирования» тревоги психолога, связанной с работой;
- помощь в удержании профессиональной позиции и понимания своих достоинств и ограничений в работе.

Необходимо также отметить здесь и некоторый риск, на который идут участники группы. Это касается возможности пошатнуть персоны и маски, которые неизбежно формируются в любом коллективе и профессиональном сообществе и носят, безусловно, защитный характер. Кроме того, в группе начинаются динамические процессы, которые также приходится принимать во внимание. Но это уже вопросы группового регламента, а также ответственности, профессионализма и личной проработанности участников группы.

По результатам первого года работы интервизионной группы мы вынесли особую важность выработки четкого регламента и концепции группы, т.к. безопасность и эффективность обеспечиваются, в том числе соблюдением правил группы. С 2008 года, в правила группы, на основании уже имеющегося опыта, были внесены изменения:

- каждый участник представляет свой случай поочередно (каждому выделяется «его» время),
- каждые 3 месяца устраиваются интервизия группового процесса, как возможность рефлексии процесса и корректировки работы всей группы.

Таким образом, интервизионная группа дает возможность повышать профессиональную компетентность психологов. Надеемся, что наш опыт проведения интервизионной группы будет полезен при создании других групп для специалистов работающих в сфере психического здоровья.

Белугина О. С., Копытов А. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Психологические особенности пациентов с кожной патологией

Зуд — одно из проявлений нейродермита, а иногда и вульгарной формы псориаза. Он обусловлен органическим фактором (который отсутствует или больше не существует) и эмоциональным конфликтом.

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение психологических особенностей у пациентов с кожной патологией.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Используя Торонтскую алекситимическую шкалу, тест Копинг-стратегии (Lasarus) и методику диагностики психофизиологической совместимости супругов, мы провели исследование психологических особенностей у 23 пациентов с вульгарным псориазом и 7 пациентов с нейродермитом. В качестве группы сравнения были взяты пациенты с невротическим расстройством. Возраст обследуемых в среднем составил 35 лет, среди них было 53% женщин и 47% мужчин. Давность заболевания у 20% не превышала 1 года, а у 80% - превышала. У 67% пациентов наследственность была отягощена, а у 33% - нет.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентам с кожной патологией труднее выражать и описывать свои эмоции (особенно тем, у кого наследственность по кожной патологии не отягощен-

на), чем пациентам с невротическим расстройством. Пациенты с кожной патологией стараются разнообразить формы сексуального общения, так как их не устраивает их партнер. Они оказались более экспрессивны в плане проявления чувств, однако были менее избирательны и менее нежны и щепетильны к обстановке, в которой осуществляются интимные контакты. Любовь для них не является высшей ценностью, а чувство ревности ниже, чем у пациентов с невротическими расстройствами. Пациенты с кожной патологией имеют стремление разнообразить сексуальные формы общения. Их стратегии бегства реализуются в кожные высыпания путем механизма конверсии. Для них характерна высокая гиперсексуальность, которая не реализуется из-за неудовлетворенности партнером, и как реакция протеста проявляется в виде своеобразного барьера телесного контакта – высыпаний. Пациенты с кожной патологией с неотягощенной наследственностью более враждебны по отношению к сложившемуся заболеванию, стремятся к бегству от проблемы, а с отягощенной наследственностью – пытаются планировать сложившуюся проблему, но не избегать, что ухудшает течение заболевания. Для данных больных характерна в поведении тонкость, интуитивность и изысканность.

Березовская Н. А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Механизмы развития сексуальных дисфункций у женщин, страдающих невротическими расстройствами

В настоящее время в Беларуси, как и большинстве развитых стран, наблюдается тенденция к росту невротических расстройств, которым в ряде случаев (чаще у женщин) сопутствуют сексуальные дисфункции. Последние негативно влияют на удовлетворенность супружескими отношениями и могут приводить к усилению невротической симптоматики. Поэтому определение причин формирования половых дисфункций у женщин с невротическими расстройствами является актуальной научно-практической задачей.

Нами были обследованы 102 женщины 18-45 лет, состоящие в браке, страдающие невротическими расстройствами (F40 - F45), находившиеся на стационарном лечении в ГУ «РКПБ» в 2007-08 гг. (основная группа), и 67 замужних женщин без невротической симптоматики (контрольная группа). Группы достоверно не различались по среднему возрасту ($33,5 \pm 8,2$ года и $32,9 \pm 7,6$ года) и другим социодемографическим показателям.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-сексологический, экспериментально-психологический и статистический с использованием пакета программ SPSS 11,5.

У 67 из 102 женщин основной группы (65,7%), согласно критериям МКБ-10, были выявлены следующие половые дисфункции: потеря полового влечения (26,9%), сексуальное отвращение (10,4%), недостаточность генитальной реакции (11,9%), оргазмическая дисфункция (43,3%), диспареуния неорганической природы (7,5%). В контрольной группе половые дисфункции выявлены лишь у 15 из 67 женщин (22,4%), причем большинство из них отметили, что не считают свою интимную жизнь проблематичной.

В зависимости от преобладающей невротической симптоматики и наличия либо отсутствия сексуальной патологии основная группа была разделена на 4 подгруппы: 1) женщины с тревожными, адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями (n=36); 2) женщины с тревожными, адаптационными расстройствами без сексуальных дисфункций (n=18); 3) женщины с диссоциативными, соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями (n=31); 4) женщины с диссоциативными, соматоформными расстройствами без сексуальных дисфункций (n=17). Контрольная группа разделена на подгруппы: 5) женщины без сексуальных дисфункций (n=52); 6) женщины с сексуальными дисфункциями (n=15).

В формировании сексуальных дисфункций у женщин с диссоциативными и соматоформными расстройствами принимали участие следующие факторы: наличие выраженной диссоциативной и/или сомато-вегетативной симптоматики, отрицательное отношение к личности супруга, обострения невротического расстройства 2 и более раз в год, негативный первый сексуальный опыт, воспитание негативного отношения к сексуальности, страх перед нежелательной беременностью, дисгармоничное сексуальное взаимодействие с партнером; развод родителей и воспитание в неполной семье, травмы сексуального насилия в анамнезе, ослабленная половая конституция, высокая личностная тревожность, узкий диапазон приемлемости; депрессивный фон настроения, эмотивная акцентуация характера. В развитии сексуальных дисфункций у женщин контрольной группы играли роль: узкий диапазон приемлемости; сексуальные проблемы у партнера; негативный первый сексуальный опыт; жилищные условия, затрудняющие создание интимной обстановки; отрицательное отношение к личности супруга; воспитание негативного отношения к сексуальности.

Полученные нами данные указывают на высокую коморбидность невротических расстройств и сексуальных дисфункций, которые наблюдались у женщин основной группы в 3 раза чаще, чем в контрольной, что необходимо учитывать при разработке лечебных мероприятий.

В формировании сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами выявлена роль сложной констелляции факторов, связанных как с характером невротических проявлений (длительностью заболевания и частотой обострений, выраженностью психопатологической симптоматики), так и проблемами в партнерских отношениях, включая сексуальную дисгармонию и половые расстройства у супруга, рядом личностных и конституциональных особенностей

(высокая личностная тревожность, страх забеременеть, эмотивная акцентуация характера, ослабленная половая конституция) и наличия негативного первого сексуального опыта.

Было установлено, что сексуальные дисфункции у женщин с невротическими расстройствами, могут выступать в качестве ведущего фактора их развития (34,3%), впервые возникать как одно из его проявлений (43,3%) либо сопутствовать невротическим расстройствам, обусловленным иными психогениями (22,4%). Более чем у половины женщин с невротическими расстройствами психопатологические и субъективно значимые сексуальные нарушения имеют тенденцию к взаимному усилению, что негативно влияет как на течение невротических расстройств, так и на удовлетворенность интимными отношениями и браком в целом.

Березовская Н. А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Репродуктивные установки женщин, страдающих невротическими и сексуальными расстройствами

На сегодняшний день актуальными остаются вопросы демографической безопасности Республики Беларусь. К числу наиболее отрицательных явлений и тенденций в области демографического развития республики следует отнести: сокращение рождаемости до уровня, не обеспечивающего простое замещение родительских поколений, снижение социальных норм детности и депопуляцию (отношение числа умерших к числу родившихся). Особенности сексуального функционирования и семейных отношений у женщин представляют значительный интерес в связи с близостью репродуктивной и сексуальной функций. В рамках исследования сексуальной сферы женщин детородного возраста, страдающих невротическими расстройствами, проведен анализ их репродуктивных установок.

Обследовано 169 женщин. Основную группу из 102 человек составили замужние женщины репродуктивного возраста, страдающие невротическими, связанными со стрессом, а также диссоциативными и соматоформными расстройствами, проходившие стационарное лечение в ГУ «РКПБ» в 2007-2008 гг. Контрольную группу составили 67 замужних женщин детородного возраста без каких-либо невротических расстройств. Обе группы достоверно не различались по среднему возрасту $33,5 \pm 8,2$ года и $32,9 \pm 7,6$ года и другим социодемографическим показателям.

Для анализа репродуктивных установок основная группа была разделена на 2 подгруппы: 1) женщины с невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями ($n=67$) и 2) женщины с невротическими расстройствами без сексуальных дисфункций ($n=35$). Контрольная группа также была разделена на 2 подгруп-

пы: 3) женщины без сексуальных дисфункций ($n = 52$); 4) женщины с сексуальными дисфункциями ($n = 15$).

Наиболее объективными показателями, отражающими истинные репродуктивные установки, является фактическое количество рожденных детей и число прерываний беременности. Необходимые сведения были получены из карты сексологического обследования.

Выявлено, что среди женщин с невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями не имеют детей 22 из 67 (32,8 %) женщин, 1 ребенка имеют 28 (41,8%), а 2 и более – 17 (25,4%). Из них ни разу не прерывали беременность лишь 11 (16,4%), 1 раз – 19 (28,4%), а 2 и более раз – 37 (55,2%) женщин. Женщины с невротическими расстройствами без сексуальных дисфункций: не имеют детей 7 (20%), 1 ребенка имеют 16 (45,7%), 2 и более детей – 12 (34,3%). Ни разу не прерывали беременность 10 (28,6%), один раз – 8 (22,8%), 2 и более раз – 17 (48,6%) женщин.

Среди женщин контрольной группы с сексуальными дисфункциями 2 (13,3%) не имеют детей, один ребенок у 4 (26,7%), 2 и более детей у 9 (60%). Ни разу не прерывали беременность 4 (26,7%) женщины, один раз – 4 (26,7%), 2 и более раз – 7 (46,6%). Женщины контрольной группы без сексуальных дисфункций – нет детей у 7 (13,5%) женщин, один ребенок у 19 (36,5%), 2 и более детей у 26 (50%) женщин, ни разу не прерывали беременность 12 (23,1%) женщин, 1 раз – 22 (42,3%), 2 раза и более прерывали беременность 18 (34,6%) женщин.

При статистическом анализе выявлены достоверно более низкие, чем в контрольной группе показатели рождаемости и более высокая частота прерываний беременности у женщин с невротическими расстройствами, причем наиболее негативные тенденции прослежены у пациенток с сочетанной невротической и сексуальной патологией. Полученные данные свидетельствуют о значимости эффективной коррекции невротических и половых расстройств у женщин детородного возраста не только для улучшения их психического и сексуального здоровья, но и в целях формирования у них позитивных репродуктивных установок.

Бровко С. Н., Скугаревский О. А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Пищевое поведение как фактор, модулирующий реактивность у студентов медицинского вуза в ответ на психосоциальные стрессоры

Профессия врача полна стрессовых событий, характер совладания с которыми определяет адаптивный либо, напротив, дезадаптивный ответ индивида. В настоящем исследовании стрессовое событие студенческой жизни будущих врачей

– учебная сессия – может служить своеобразной моделью для анализа характера психосоциальной адаптации индивида. В качестве целевого исследуемого феномена, модулирующего психосоциальную реактивность студентов, нами изучались особенности пищевого поведения и связанные с ним факторы. В частности, алекситимия как предрасполагающий фон к развитию психосоматических страданий из-за неспособности индивида к распознаванию телесных феноменов, а также фактор продолжительности грудного вскармливания респондентов (когда они находились в младенческом возрасте), который может оказывать свое влияние на психосоциальную реактивность через механизмы доздиальной личностной организации.

В *когортном* (100 студенток Белорусского государственного медицинского университета, I-VI курс, средний возраст $20,71 \pm 1,55$ года) *проспективном* (оценка накануне, во время и после учебной зимней сессии) исследовании на основании оценок Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ) респонденты были разделены на 3 группы: с ограничительным типом пищевого поведения (ОПП) - 27 человек (ориентированный на поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании); с эмоциогенным типом пищевого поведения (ЭМП) - 5 человек (желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния); с экстернальным типом пищевого поведения (ЭкПП) - 68 человек (желание поесть стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, ее запахом, текстурой либо созерцанием того, как едят другие). Установлено, что учебная сессия как значимое событие студенческой жизни актуализирует невротический регистр реагирования (GHQ-28: соматические симптомы, тревога и нарушения сна, социальная дисфункция, депрессивные переживания). Причем сам факт продвижения студента «сквозь» процесс сдачи экзаменов для респонденток с ОПП и ЭкПП сопровождался достоверной изменчивостью интенсивности соматических симптомов, тревожных переживаний и нарушений сна, социальной дисфункции (при ОПП) с апогеем непосредственно в период сессии и поступательным ослаблением депрессивных переживаний (статистика χ^2 , $p < 0,05$). В то же время для лиц с ЭМП характерна тенденция к большей (по сравнению с другими типами пищевого поведения) амплитуде колебаний выраженности указанных симптомов.

Выявлена тенденция относительного увеличения *побуждения к принятию пищи* у респонденток с ОПП и ЭкПП на пике сессии и относительное его ослабление при ЭМП с поступательным уменьшением у последних частоты перееданий. Выраженность алекситимических черт типична для студенток с ОПП и не была свойственна лицам с ЭкПП.

Полученные данные свидетельствуют, что девушки с ЭМП имели среди всех сравниваемых подгрупп меньший опыт грудного вскармливания (4,5 мес.), а при ЭкПП – максимальную его продолжительность (8,18 мес.), сопоставимую с такой при ОПП. Есть основания полагать, что лица с ОПП впоследствии «привнесли» определенную специфику в пищевое поведение, обусловленную жестким внешним контролем приема пищи.

Бронский В. И., Толканец С. В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель

К программе медико-психологической реабилитации взрослого сельского населения Беларуси, в том числе пострадавшего от чернобыльской аварии

Вневременные и экстерриториальные качества фактора радиационной опасности длительно обуславливают экпатогенное неблагополучие и определяют отставленное развитие пограничных психических и психосоматических болезней и их масштабный рост. Оптимизация лечения последних важна ввиду неразвернутости психиатрической помощи на селе. Временной фактор (10 лет) определенно накладывает свой отпечаток на заболеваемость. Исследование пострадавшего населения в динамике важно также и потому, что выходит в жизнь поколение людей, родившихся и выросших в постчернобыльский период. Уже предварительные данные показали неблагополучие в этой группе, в частности снижение фрустрационной толерантности.

Анализ разноуровневых параметров удовлетворительно осуществляется благодаря системной методологии в ее клиническом – психосоматическом выражении. Суть ее заключается в том, что общая направленность изучения сложных социо-, био-, клиникопсихологических феноменов базируется на клинической и адаптивной платформе, а реабилитация носит медико-психологический характер. Правомерность этого на примере скрининговых исследований была подтверждена впоследствии на отчетном массиве общесоматической сети здравоохранения как в части масштаба так и в отношении структуры заболеваний. Для учета количественных параметров разработана и апробирована квантифицированная карта. В ряду методических инструментов нами разработана патогенетическая модель психосоматической патологии. Концептуальными основами в работе становятся теория адаптации, психосоматическая парадигма, диагностика соматоформных расстройств и соматических эквивалентов патологического аффекта, соматовисцеральных проявлений алкогольной болезни, психопрофилактика. Предусмотрены методические разработки для реабилитации в виде методических рекомендаций, практических семинаров и других видов информационного обеспечения. Создана модель медико-психологической помощи взрослому сельскому населению, пострадавшему от чернобыльской катастрофы, которую можно использовать для сельского населения всей республики. В общем виде она включает несколько разделов: информационно-психологическое и правовое обеспечение, улучшение материально-бытовых условий пострадавшего от аварии населения; разветвленную медико-психологическую помощь с преемственностью в работе психотерапевта-психиатра, терапевтов, специалистов психоневрологического диспансера и профильных психосоматических стацио-

наров, кафедр психиатрии. Ключевыми фигурами на селе являются терапевт и невролог амбулаторно-поликлинического звена, а психиатр-психотерапевт помимо специфических обязанностей определяет консультативно-методическое обеспечение медико-психологической реабилитации. В интересах реабилитации выделены четыре основных социально-психологических типа взрослого населения. Это способствует целенаправленной работе в однородных группах населения. Вместе с тем допускается изменение социально-демографической структуры. Так, не изучена специфика социума и популяционной психологии новых образований – агрогородков как нового социально-культурного феномена. Неизученным является также патогенный потенциал сочетания чернобыльского следа с ценой адаптации к новым социально-экономическим реалиям, влиянием кризисных факторов, экспектаций населения в отношении строительства АЭС и пр. Полученные данные предполагается использовать для создания как логической основы реабилитации, так и ее системной организации, внедрения методических алгоритмов.

Бузук С. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Психологические особенности больных депрессией, имеющих высокий суицидальный потенциал

Депрессивное расстройство представляет собой тяжелое субъективное состояние, связанное с переживанием собственной никчемности, беспомощности и подчас выраженной безнадежности. Взаимоотношение между депрессией и самоубийством является часто упоминаемым аспектом, при котором риск суицида оценивается примерно в 10-15% в сравнении с 1-2% в основной популяции. Однако, как показывает анализ литературы, суицидальное поведение при депрессии в основном рассматривается в рамках клинических проявлений.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить психологические особенности больных депрессией, имеющих высокий суицидальный потенциал.

■ МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании участвовало 160 испытуемых, страдавших депрессивными расстройствами, из которых: 91 пациент (56%) – с первичным депрессивным эпизодом, 69 пациентов (43%) – с рекуррентным депрессивным расстройством. Возраст испытуемых – от 23 до 50 лет, из них 74 мужчин, 86 женщин.

■ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось с помощью Интегративной системы психодиагностики методом Роршаха (ИСИПМЕР).

Испытуемые были разделены на две группы. Критерием для разделения явилось значение Суицидального индекса (S-con) Интегративной Системы психодиагностики методом Роршаха. Критерием включения в первую группу явилось значение S-con меньше 7, что соответствует низкому уровню суицидального потенциала. Критерием включения во вторую группу было значение S-con 7 и выше, что соответствует повышенному и высокому уровню суицидального потенциала. Каждая группа включала по 80 человек.

■ ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе данного исследования были выявлены следующие психологические особенности депрессивных пациентов с высоким суицидальным потенциалом: неадекватный стиль организационной деятельности, чрезмерная интеллектуализация, пессимистический стиль мышления, ситуационное влияние на мышление, выраженная подавленность, ситуационная тревога, оппозиционная неудовлетворенность, сложность негативных переживаний, негативная интроспекция, высокая социальная изоляция, социальная неадаптивность, негативные самоатрибуции, повышенный уровень фрустрирующих переживаний и выраженный эмоциональный дистресс.

Среди всех показателей ИСИПМЕР, значения которых обратили на себя внимание у пациентов с высоким суицидальным потенциалом, выделяется переменная SumV (подавленность, негативная интроспекция). Данный показатель отражает изменения в сферах эмоций и самовосприятия. Подавляющее большинство депрессивных пациентов, с повышенным суицидальным потенциалом, имеют повышенные оценки SumV. Повышенные значения SumV говорят о том, что пациенты этой группы испытывают выраженную подавленность, чувство самоуничижения и самообвинения.

Помимо вышеуказанных негативных переживаний, большинство депрессивных пациентов с высоким суицидальным потенциалом находятся в состоянии значительно выраженного эмоционального дистресса.

Кроме указанных выше эмоциональных особенностей, большинство пациентов с высоким суицидальным потенциалом обнаруживают выраженное влияние ситуационных факторов на когнитивную деятельность. Пациенты данной группы в большей степени, чем другие больные депрессией, испытывают давление актуальных ситуационных требований. Выраженная подавленность, чувство вины и повышенная ситуационно обусловленная когнитивная активность определяют повышение общего уровня фрустрации более чем у половины испытуемых 2-й группы.

В когнитивной сфере обращает на себя внимание неадекватный уровень обработки информации. Абсолютное большинство (74%) пациентов с высоким суици-

дальным потенциалом характеризуется наличием либо сверхвовлеченного, либо, наоборот, поверхностного организационных стилей.

Таким образом, комплексный анализ данных проведенного исследования показывает, что пациенты с депрессивными расстройствами имеют ряд психологических особенностей, относящихся к различным сферам психологического функционирования, которые отличают их от депрессивных пациентов с невысоким уровнем суицидального потенциала.

Важенин М. М., Михайлова Г. В.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Депрессивные расстройства. Основные психологические модели, возможности психотерапии

Актуальность рассмотрения данного вопроса обусловлена современным биопсихо-социальным подходом в анализе причин вызывающих депрессивные расстройства. Психологические и социальные факторы в развитии депрессивных состояний, наряду с биологическими, играют важную роль.

Когнитивная теория, предложенная А. Беком, рассматривает депрессию как следствие когнитивных искажений, выработанных в течение жизни. Когнитивные искажения формируют когнитивную триаду Бека: я плохой; мир плохой; будущее плохое. Когнитивный анализ позволяет выявить специфические когнитивные искажения у конкретного пациента, доказать их неадекватность в когнитивной, образной, поведенческой дискуссиях, а затем выработать рациональное представление, произвести экологическую проверку и закрепление в жизни.

Поведенческие теории акцентируют внимание на причинно-следственной закономерности в возникновении депрессивных состояний. В формировании депрессивного поведения участвуют механизмы классического, оперантного, социального научения, которые и формируют депрессивное расстройство.

В жизни пациента имеются ситуации, вызывающие депрессию. Это типичные для данного человека ситуации, они строго индивидуальны и характерны только для него. Имеются также и последствия, которые подкрепляют депрессию. Поведенческий анализ ситуаций, последствий, моделей депрессивного поведения, характерных для данного больного, позволяет выявить тот порочный депрессивный круг, по которому постоянно бродит депрессивный пациент. Далее, используя техники классического, оперантного, социального отучения и психотерапии, устраняются основные пусковые механизмы возникновения депрессии.

Интерперсональная модель состоит из двух основных стратегий. Первая стратегия посвящена образованию пациента и его ближайшего окружения.

Вторая стратегия разбирает четыре основных блока межличностных проблем, характерных для депрессивного пациента (работа, семья, общение и др.).

Психодинамическое направление сформировано тремя основными психодинамическими теориями в психотерапии.

Классический психоанализ З. Фрейда занимается анализом и проработкой защит, переноса с задачей формирования более адекватных стереотипов поведения.

Теория объектных отношений анализирует и ликвидирует структурный дефицит и накопленные в течение жизни депрессивные эмоции.

Я – психология Х. Кохута разбирает проблемы самооценки идеального и реального представления о себе.

Семейная и брачная терапия занимается разбором и решением как общесемейных проблем, так и проблем каждого члена семьи как минигруппы.

Применение любых стандартных методов краткосрочной психотерапии, основанной на психологических моделях депрессий, позволяет сократить общее потребление антидепрессантов и других медикаментов в 2 раза, в 2-3 раза быстрее добиться излечения, и в 5 раз сократить количество рецидивов (по литературным данным).

Важенин М. М., Жарихина М. П.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Краткосрочная когнитивно-поведенческая психотерапия тревожных расстройств

Тревожные расстройства являются одним из самых распространенных видов невротических расстройств. Средняя цифра распространенности тревожных расстройств составляет 12-15% населения развитых стран. Тревожные формы невротических расстройств (тревожно-фобические панические, генерализованные, смешанные тревожно-депрессивные и другие тревожные расстройства) имеют сходные патогенетические механизмы и принципы обследования, лечения и профилактики. Обязательным условием успешного лечения является ранняя диагностика и комплексное медикаментозное и психотерапевтическое лечение. Среди множества методов психотерапии, применяемых в лечении тревожных расстройств, эффективными краткосрочными техниками представляются методы краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии.

■ ЗАДАЧА ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении различных тревожных расстройств в сравнении с другими методами, а также выделение наиболее эффективных техник.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Было проведено клинико-психологическое исследование эффективности различных методов когнитивно – поведенческой психотерапии в лечении 68 больных, мужчин и женщин, в возрасте от 20 до 40 лет, страдающими основными формами тревожных расстройств: паническим расстройством (n=35), генерализованным расстройством (n=33). Контрольную группу составили 57 больных паническими (n=30) и генерализованными (n=27) тревожными расстройствами, проходивших стандартное стационарное лечение с использованием других психотерапевтических технологий. Для верификации полученных данных использовалась шкала тревоги Шихана и психологический тест СМИЛ. В качестве критерия оценки фиксировались скорость редукции и степень уменьшения тревожной симптоматики. Объективная оценка клинического статуса подтверждалась показаниями шкалы тревоги Шихана и шкал теста СМИЛ. Достоверность вычислялась с использованием критериев Стьюдента. Исследование проводилось 3 раза в течение периода госпитализации больных. Было проведено катamnестическое исследование на 48 больных основной группы и 37 контрольной (6 месяцев).

■ ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Скорость исчезновения тревожной симптоматики достоверно превышала по показателям ($p < 0,05$) контрольную группу, что подтверждалось показателями шкалы Шихана и теста СМИЛ. Исследование больных при выписке выявило, что уровень тревожности у больных контрольной группы достоверно ниже, по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). Шестимесячное катamnестическое исследование отметило следующее: обострение состояния отмечалось у 5 % больных основной группы, и было купировано амбулаторно. У больных контрольной группы зафиксировано обострение в 24% случаев, 3 больных были госпитализированы повторно. По клиническим данным наиболее эффективными среди методов поведенческой психотерапии оказались методы систематической десенситизации и импловзивной психотерапии. Поведенческая когнитивная дискуссия преобладала в эффективности по сравнению с образной и когнитивной дискуссией (по клинической оценке терапевта и больного).

■ ВЫВОДЫ

Когнитивно-поведенческая психотерапия представляется наиболее перспективным направлением из всех представленных в современной психотерапии тревожных расстройств. Способы методологически проработаны для взрослого контингента и могут активно быть внедрены в терапию и других психических расстройств.

Васильева Т. Е.

ГУЗ «Псковская областная психиатрическая больница №1»,
д. Богданово, Псковская область, Россия

Применение психометрического теста Векслера для исследования нарушений психической деятельности при шизофрении

Метод психометрического исследования методикой Векслера позволяет получить характеристику качественных нарушений психических процессов и количественный показатель, отражающий общий уровень развития интеллекта и его структуру.

Исследование больных шизофренией с преимущественно психопатоподобной и неврозоподобной симптоматикой без грубого дефекта позволяет выделить следующие дифференциальные критерии для отграничения больных шизофренией от органических нарушений и пограничных расстройств:

- на фоне относительно сохранного общего интеллекта (показатели могут колебаться от уровня низкой нормы до уровня высокой нормы) выражено несоответствие между отдельными структурными компонентами интеллекта, со значительным расхождением вербальных и невербальных итоговых оценок.
- выражен интратестовый разброс, то есть несоответствие уровня решений отдельных заданий в пределах одного субтеста объективной степени трудности этих заданий, а также неадекватные, порой нелепые ответы на вопросы экспериментатора с целью выявления способности коррекции неадекватных ответов.
- одна или несколько из субтестовых оценок ниже или равны 6.
- при разности вербальной и невербальной оценок на 15 и более, невербальная оценка ниже уровня средней нормы (IQ меньше 90).
- оценка по субтесту «Складывание фигур» менее или равна 7 при достаточно сохранном аналитическом конструировании («Кубики Косса»).
- «Понятливость» - самый низкий из вербальных субтестов в профиле.

В заключение по результатам исследования обязательно отмечаются особенности поведения больного, обусловленные ситуацией тестирования, его отношение к самому факту исследования.

Диагностическая ценность теста Векслера значительно выше, когда проводится дифференциальная диагностика шизофрении и органических поражений головного мозга или пограничных расстройств и сводится главным образом к качественной интерпретации результатов.

Таким образом, применение интеллектуального теста Векслера при обследовании больных шизофренией правомерно для исследования психических нарушений (интеллектуальных, когнитивных, личностных); в дифференциальной

диагностике; при оценке динамики состояния; эффективности терапии; решения вопросов экспертизы (в частности, при направлении на МСЭК); для определения стратегии реабилитационных мероприятий для конкретного больного. Однако проводить психометрическое исследование необходимо в общем комплексе психологического исследования, наряду с другими методиками качественной оценки психической деятельности, с учетом индивидуально-типологических особенностей, присущих обследуемому до болезни.

Гелда А. П., Попков А. Д., Зиборова Е. Ю., Рунец К. Е., Гелда Т. С.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Неадаптивные позиции личности в ситуации суицидогенного конфликта

Неуклонный рост в большинстве стран мира уровня самоубийств и суицидальных попыток определяет актуальность проблемы, характеризующейся необходимостью изучения особенностей суицидального поведения, включая изучение неадаптивных («проигрышных») позиций личности в ситуации суицидогенного конфликта.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование по изучению типологических факторов формирования суицидоопасных состояний среди населения Беларуси выполнено на базе клинических отделений ГУ «РКПБ» и отделения острых отравлений УЗ «БСМП» г. Минска на модельной когорте формально психически здоровых лиц (не состоявших на психиатрическом и наркологическом учете), совершивших суицидальную попытку.

Выборка исследования составила 215 человек: 90 мужчин и 125 женщин (соответственно, средний возраст $29,6 \pm 1,3$ и $29,3 \pm 1,1$ года; $P > 0,05$).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ материалов исследования свидетельствовал, что в ситуации суицидогенного конфликта среди мужского населения Республики наиболее всего вероятно суицидальное реагирование в форме ухода от ситуации без поиска путей отступления и выбора альтернативного решения (Y тип позиции – отказ; в 35,6% случаев при $P < 0,001$ против частоты встречаемости в женской популяции), и в меньшей степени вероятности проявления могут встречаться такие формы поведения как избегание непереносимости наличной угрозы путем самоустранения (III тип – пассивное избегание; в 24,4%; $P > 0,05$) и пассивный протест (I тип суицидоопасной позиции личности; в 20,0%; $P < 0,01$). Проявления суицидального поведения посредством активации помощи из-

вне с целью изменения ситуации (II тип суицидоопасной позиции – пассивный призыв) или путем самонаказания без конструктивного преодоления своих просчетов/недостатков (IY тип – самонаказание) наименее вероятны (в 10,0% случаев; $P > 0,05$).

В конфликтной суицидогенной ситуации среди женского населения Республики преобладают «протестные» формы суицидального поведения по типу «пассивного протеста» или «пассивного избегания» (соответственно, в 38,4% и 25,6% случаев), или «пассивного призыва» (18,4%). Более brutальные формы встречаются на один-два порядка реже (по типу «самонаказания» и «отказа» в 12,0% и 5,6% случаев соответственно).

Отмеченные гендерные различия встречаемости в ситуации суицидогенного конфликта форм суицидального поведения следует учитывать при разработке превентивных антисуицидальных мероприятий.

*Настоящее исследование поддержано грантом Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор №Г09Р-011 от 15.04.2009 г.).

Григорьева И. В.

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», Гомель

Влияние радиойодтерапии на показатели качества жизни у пациентов с раком щитовидной железы

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка влияния радиойодтерапии на показатели качества жизни в зависимости от количества пройденных курсов у пациентов, оперированных по поводу РЩЖ в отдаленном послеоперационном периоде и эффективности прохождения психокоррекционной терапии с использованием различных подходов.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 90 пациентов, оперированных по поводу РЩЖ (давность операции от 4 до 10 лет), прошедших курс радиойодтерапии, получающих супрессивную терапию L-тироксина вследствие послеоперационного гипотиреоза (F06.47+E89.0, F06.67+E89.0, F06.367+E89.0) – основная группа, которая была разделена в процессе психотерапии на 2 подгруппы численностью по 45 пациентов относительно проведенного психотерапевтического курса: с использованием интегративной психотерапии (ИПТ) методом десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз (ДПДГ) и метода рациональной психотерапии (РПТ). Возраст обследованных нами пациентов в обеих группах варьировал в пределах 19–40

лет (средний возраст – 31 ± 1 год). Диагностика психических и поведенческих расстройств осуществлялась в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ–10. Качество жизни пациентов определялось с помощью адаптированной русскоязычная версия краткой формы Medical Outcomes Study Short Form (SF–36).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты обеих групп отмечали значительное психотравмирующее действие проведения им в послеоперационном периоде радиойодтеста и радиойодтерапии, выделяя их по силе психотравматического воздействия на второе место, после сообщения о диагнозе «рак щитовидной железы». Они подтверждали, что воспоминания прохождения курса радиойодтерапии и ожидание проведения повторного курса многократно внутренне переживалось и имело отражение в виде тревожных опасений на последующем жизненном опыте. Особенно тягостным для них было нахождение в палате закрытого типа, после приема I-131 в течении недели, без возможности свободного выхода и перемещения «чувство заключенного», а также положение в гамма-камере во время обследования и лечения «страх перед низко продвигающейся плитой». Появление после приема капсул радиойода «першения в горле», тошноты, слабости, расстройство сна, чувство тревоги. При сравнении влияния эффективности ИПТ методом ДПДГ и РПТ на показатели качества жизни отмечена значительная разница по полученному эффекту относительно количества пройденных курсов радиойодтерапии. Наиболее значимые изменения произошли в группе пациентов, у которых было наименьшее количество пройденных курсов радиойодтерапии – 1 курс: по интегральным показателям физического и психического здоровья, ФФ, РФФ, Б, ОЗ, РЭФ, ПЗ, а также уровней реактивной и личностной тревожности, уровня депрессии со статистически значимым различием ($p < 0,05$). По мере увеличения количества пройденных курсов радиойодтерапии отмечалось снижение показателей, подтвержденное наличием статистически значимых различий после 2-3 курсов только по интегральному показателю психического здоровья, РФФ, Б, ОЗ, РЭФ ($p < 0,05$), после 4-5 курсов – интегральному показателю психического здоровья, Б, ОЗ, РЭФ ($p < 0,05$), после 6 и более курсов по всем показателям ($p < 0,05$).

■ ВЫВОДЫ

Радиойодтерапия является значительным психотравмирующим фактором, приводящим к ухудшению показателей качества жизни пациентов, оперированных по поводу РЩЖ, и снижению возможности проведения эффективной психокоррекции.

Доморацкий В. А.

УО «Белорусский государственный университет», Минск

Психотерапия в сексологии

В системе лечебных мероприятий, проводимых сексологическим пациентам, важнейшее место принадлежит психотерапии. Нами предложена интегративная модель психотерапии психогенных половых дисфункций (Доморацкий В. А., 2004; 2008). Ее отличают универсальность и структурированность, технический эклектизм, основанный на использовании целого ряда современных психотерапевтических методов.

Далее в общем виде представлены основные психологические факторы сексуальной дезадаптации, критерии их выявления и тактика психотерапевтической коррекции.

1. Задержки психосексуального развития.

Коррекция: используются принципы реконструктивной сексуальной терапии в виде последовательных этапов:

1. Формирование адекватных представлений о выборе сексуального партнера и гармоничных интимных отношениях.
2. Использование ДПДГ или гипнотического транса для выработки новых установок и адаптивных паттернов сексуального поведения, которые затем закрепляются многократным проигрыванием в воображении и в ходе выполнения «домашних заданий».
3. Поэтапная практическая реализация разработанной модели интимного сближения с постоянным партнером.

2. Фобические факторы - навязчивые опасения неудачи при коитусе.

Коррекция:

1. Нейтрализация негативного сексуального опыта с использованием, техник НЛП, ДПДГ или гипнотического транса (возрастная регрессия с последующей переработкой травматического эпизода). Работа с эпистемологической метафорой.
2. Последовательное разрушение триггеров (мыслей, образов и ощущений), запускающих страх перед коитусом, «остановки мыслей», техника Сандерса; сокращенная версия ДПДГ, визуализация дискомфортных ощущений и разрушение полученного образа в трансе и др.
3. Устранение гиперконтроля коитуса и обучение ассоциированному восприятию половой близости (погружение в приятные ощущения); мнимый запрет коитуса; локальная декомпрессия с визуализацией ситуации коитуса у мужчин; гипнотические техники; наркопсихотерапия с использованием закиси азота и др.

4. Активизация внутренних ресурсов через обращение в гипнотическом трансе к позитивному опыту прошлого (как сексуальному, так и иному опыту, связанному с уверенностью и спокойствием).

3. Нарушения межличностных отношений в паре.

Критерии: трудности в общении и непродуктивное взаимодействие между партнерами.

Коррекция: Используются техники семейной и супружеской терапии для решения следующих задач:

1. прояснение и видоизменение характера коммуникаций между супругами;
2. исследование и сопоставление взаимных ожиданий и разногласий в паре (техники «сравнение ценностей», «прояснение взаимных ожиданий», «конструктивный спор»;
3. сосредоточение супругов на наиболее значимых проблемах в отношениях и возможных путях их решения;
4. изменение стиля поведения, т. е. обучение партнеров более эффективному взаимодействию (техники «тройного увеличения», «семь основных правил» и др.).

4. Неадекватные убеждения и установки в отношении половой жизни, дисфункциональные схемы мышления.

Критерии: трудности в общении и непродуктивное взаимодействие между партнерами;

Коррекция: Применяются техники когнитивной терапии: выявление автоматических мыслей и дезадаптивных убеждений с последующей проверкой их реалистичности и коррекцией; обнаружение и последовательная коррекция когнитивных ошибок, проведение поведенческих экспериментов для опровержения иррациональных убеждений; репетиции поведения в воображении и ролевые игры. Когнитивное переструктурирование с помощью ДПДГ. Работа с убеждениями в модели НЛП, рефрейминг.

5. Интрапсихические конфликты, затрагивающие сексуальную сферу.

Критерии: неадекватные и ригидные установки, ожидания, предубеждения в отношении различных сторон интимной жизни.

Коррекция:

1. Устранение внутренних противоречий, глубинных страхов перед проявлениями сексуальности и чувства вины: техники работы с поляриностями или субличностями в эриксоновском гипнозе; использование стратегий гипноанализа для прояснения скрытых мотивов, а также приемов символдрамы;
2. Работа с глубинной тревогой в экзистенциальной модели (исследование проблем конечности бытия, свободы, одиночества и бессмысленности существования).

6. Дисгармоничное сексуальное взаимодействие партнеров.

Критерии: выраженные различия в сексуальных предпочтениях партнеров; *Коррекция:* Выяснение индивидуальных сексуальных предпочтений партнеров, совместное обсуждение, планирование и последующая реализация оптимальных для них вариантов сексуального взаимодействия. Секс-терапия может использоваться и в целях непосредственной коррекции сексуальных дисфункций.

Подчеркнем, что в лечении сексологических пациентов неприемлемы шаблонные подходы и жесткие терапевтические схемы. Психотерапия носит краткосрочный характер (в пределах от 2-4 до 12-16 сессий), может применяться практически при любых психогенных и смешанных половых дисфункциях у мужчин и женщин, в необходимых случаях сочетаясь с фармакотерапией, акупунктурой и физиотерапией.

Доморацкий В. А.

УО «Белорусский государственный университет», Минск

Эриксоновская психотерапия и ее возможности

С начала 90-х годов прошлого века психотерапия М. Эриксона начала развиваться на постсоветском пространстве. Эриксоновскую психотерапию можно определить как комплексную стратегию обеспечения доступа к внутренним ресурсам человека, необходимым для адаптивного разрешения имеющихся у него психологических и поведенческих проблем. Ее важнейшей составной частью является эриксоновский гипноз – недирективно-разрешительная, гибкая модель наведения и использования гипнотического транса, основанная на сотрудничестве и многоуровневом межличностном взаимодействии терапевта и пациента.

Благодаря М. Эриксону и его последователям существенно обогатился технический арсенал психотерапевтов, использующих гипнотический транс. Эриксоновская модель предполагает широкое применение техник подстройки к пациенту и приемов, позволяющих обойти сопротивление либо использовать его в терапевтических целях, как, например, это происходит при парадоксальных интервенциях. При наведении транса применяется гибкий, преимущественно недирективный стиль гипнотизации. Вместе с тем в подходящих случаях допускается использование более жесткого, директивного ведения и даже прямых внушений. В ходе терапевтической сессии утилизируется, т. е. используется все, что происходит с самим пациентом и вокруг него. Приемы диссоциации сознательных и бессознательных процессов; различные способы обращения в транс к позитивному опыту прошлого для активизации внутренних ресурсов; навыки работы с косвенными и открытыми внушениями, терапевтической и эпистемологической метафорой; умение улавливать и использовать минимальные признаки транса; техники структу-

рирования амнезии; использование в трансе обратной связи через идеомоторные феномены (сигналинг, левитацию, каталепсию рук); приемы гипноанализа в эриксоновской трактовке и многое другое – все это несомненно расширяет возможности психотерапии, использующей трансовые состояния. По мнению Эриксона, «терапевтический транс – это период, когда привычные ограничения и убеждения временно изменяются, так что человек может оказаться восприимчивым к структурам, ассоциациям и способам функционирования психики, ведущим к разрешению проблем». Причем в рамках эриксоновского подхода может использоваться как формализованный сеанс гипноза, так и более «натуралистический», в котором короткие моменты транса спонтанно возникают по ходу общения. Наряду с работой в трансе, используются разнообразные косвенные суггестии в бодрствующем состоянии. Их оформляют в виде, историй, притч, анекдотов и других метафорических посланий, обеспечивающих многоуровневую коммуникацию. Пациенты получают домашние задания, которые способствуют решению их проблем. При этом применяются прямые либо непрямые предписания поведения, а при сопротивлении пациента - парадоксальные приемы.

Эриксоновский подход предельно индивидуализирован. Он ориентирует психотерапевта на работу с конкретным пациентом и его конкретными проблемами. Сам М. Эриксон всегда подчеркивал: «Каждый человек уникален. Поэтому психотерапия должна осуществляться так, чтобы соответствовать потребности именно этого человека, а не пытаться приспособить индивида к прокрустову ложу той или иной гипотетической теории человеческого существования». Эффективная психотерапия приводит к позитивным изменениям на когнитивном, аффективном и поведенческом уровнях, что влечет за собой продуктивное разрешение имеющихся проблем, а также редукцию целого ряда психопатологических нарушений и переход к более адаптивным моделям личностного функционирования. Эриксоновский подход относится к поддерживающим видам психотерапии и он не ориентирован на выяснение скрытых мотивов или глубокие личностные изменения. Метод прагматично сфокусирован на преодолении актуальных жизненных проблем клиентов, а также устранении болезненной симптоматики. Это предполагает, что терапия носит краткосрочный характер и данный подход может быть использован вновь, если пациенты впоследствии обращаются к психотерапевту для работы над другими проблемами. Анализ собственной многолетней практики, работы коллег, а также имеющихся научных публикаций по эриксоновской психотерапии показывает, что данный подход позволяет успешно решать как многие психологические проблемы, обратившихся за психотерапевтической помощью, так и осуществлять коррекцию целого ряда психопатологических нарушений и психосоматических расстройств в клинике. Важно и то, что психотерапия Эриксона легко адаптируется к нашим условиям, отличается экономичностью, универсальностью и достаточной эффективностью. Кроме того, эриксоновский подход весьма демократичен по своему духу. В нем отсутствуют элементы довольно ти-

пичные для ряда импортированных к нам психотерапевтических моделей: жесткая организационная структура, формализованные рамки обучения, ступени для «посвященных», ориентация не столько на последующую практику, проходящих обучение, сколько на преумножение их рядов, бесконечную супервизию и терапию терапевтов, а порой откровенное сектантство.

Поэтому мы с оптимизмом оцениваем перспективы развития этого весьма динамичного, краткосрочного метода психотерапии в нашей стране. При этом несомненно, что серьезная последипломная подготовка специалистов, в первую очередь, должна исходить из реальных потребностей консультативной и клинической практики

Донская И. Д., Донской Д. А.
ЧУП «Резервные возможности человека», Минск

Психотерапевтические аспекты лечения пищевой аддикции, сопровождающейся ожирением

ВОЗ прогнозирует, что к 2025 году половина взрослого населения планеты будет страдать от ожирения. В настоящее время принята классификация ожирения, в которой отражены основные этиопатогенетические факторы заболевания:

1. Экзогенно-конституциональное ожирение (первичное, алиментарное)/
2. Симптоматическое (вторичное ожирение - опухоли мозга, эндокринное, ятрогенное и др.).

С классической точки зрения диагностика ожирения проста. Достаточно считать индекс Кетле, индекс массы тела (ИМТ), определяемый как отношение массы тела (кг) к квадрату роста (м²). Дальнейшее исследование направлено на исключение вторичных форм ожирения и выявление ассоциированных с ожирением заболеваний. Если ИМТ = 25 – это нормальный вес, ИМТ в диапазоне 25-27 – это избыточный вес, ИМТ > 27 – это свидетельствует об ожирении.

Мы лечили пациентов, страдающих первым типом ожирения. У этой группы больных помимо психовегетативных нарушений, аффективно-эмоциональных синдромов, проявлением которых может быть и гиперфагическая реакция на стресс, формируется дезадаптивное пищевое поведение с высоким уровнем тревожности, нередко в сочетании с психосоматическими расстройствами. Указанные изменения в психической сфере этой категории пациентов принадлежат к невротическому регистру и требуют комплексного подхода к лечению с использованием разных методов и приемов психотерапии, направленных на нивелирование как эмоциональных так и поведенческих расстройств (типа зависимого поведения).

С нашей точки зрения, опорным элементом для работы с лицами, страдающими ожирением, следует считать групповую эмоционально-стрессовую терапию,

разработанную доктором А.Р. Довженко. С физиологической точки зрения, этот метод, благодаря механизмам рефлекторных и интегративных влияний, способен оказать воздействие на разные звенья функциональной системы пищевой мотивации. Такой подход позволяет формировать устойчивую доминанту, направленную на подавление гиперфагических реакций, с включением эмоциональных и поведенческих саногенных механизмов личности (С.В. Макаров).

Для наиболее полной коррекции эмоционально-личностных расстройств в своей работе мы использовали модифицированный метод стрессопсихотерапии (СПТ) по А.Р. Довженко. Особенность применяемого метода состоит в формировании адекватных поведенческих паттернов по отношению к рациональному питанию, а именно безразличия к высококалорийным продуктам. Пациентам после проведенного группового психотерапевтического сеанса, назначается сбалансированная гипокалорийная диета. Эффективность участия пациента в лечении зависит от мотивации и навыков самоконтроля. Мотивационное обучение является неотъемлемой частью применяемого модифицированного способа лечения ожирения и включает обучение пациентов приемам саморегуляции и самовнушения в домашних условиях с оживлением ассоциативных связей после групповой СПТ (приемы «якорения» из НЛП). Это меняет направленность аддиктивных расстройств, уменьшает их проявление, пролонгируя результаты лечения.

Длительность наблюдения составляла 12 - 36 месяцев. Поставленной цели добились 82% пролеченных пациентов – избавились от ожирения. А главное, им без труда удается поддерживать вес, благодаря внедрению в метод СПТ по А.Р. Довженко реабилитационной программы, которая включает:

1. соблюдение режима питания;
2. соблюдение двигательного режима;
3. мотивационное обучение.

Донская И. Д., Донская С. Л., Донской Д. А.
ЧУП «Резервные возможности человека», Минск

Стрессопсихотерапия (СПТ) по А. Р. Довженко.

Что же такое «кодирование»?

В настоящее время поднялась очередная волна интереса к технологии кодирования в лечении алкогользависимых больных. Одни авторы считают СПТ «декорированным шаманством», другие утверждают, что метод, предложенный врачом А.Р.Довженко, научно обоснован и является действенным способом психотерапии алкоголизма.

Почему же термин «кодирование» вызывает среди профессионалов и некоторой части населения нездоровое отношение?

В бытовом понимании термин и понятие «кодирование» трактуется широко и используется в разных науках («код жизни», «код города», «код геном» и т.д.). Когда же заходит речь о человеке, то сразу возникает надуманная этическая проблема, поскольку среди некоторых групп населения «кодирование» воспринимается как термин «богохульный», чуть ли не «зомбирование». Такое негативное отношение к термину «кодирование» порождено как недопониманием принципов работы мозга, так и дискредитацией идеей кодирования «псевдоспециалистами кодировщиками» (подчас даже не имеющими медицинского образования), этими «детьми лейтенанта Шмидта». В методическом пособии о кодировании (программировании), изданном в 2005 г., профессор Г.М.Энтин приводит показательный пример, бытующего на Руси своеобразного «кодирования» в виде зарока, взимаемого с человека, чрезмерно пьющего, священнослужителем (на время поста). И этот опыт нельзя не признать и не обсуждать его в связи с вопросом принуждения к якобы насильственному кодированию. Человек, соглашающийся, даже после долгих и трудных уговоров со стороны, пойти на сеанс кодирования от алкоголя, уже самопрограммируется, что означает включение в его сигнальных кодовых программах установки элементов перепрограммирования.

Так все-таки, что же такое кодирование?

Во-первых, сам А.Р.Довженко называл предложенный им метод стрессопсихотерапией, а не кодированием. Кодирование – это один из этапов лечения, а не сам метод.

Во-вторых, это словесное обозначение этапа лечения, точно такое же, как слово программирование, используемое в НЛП, или слово биоуправление, предложенное академиком М.Б. Штарком для лечения нервно-психических расстройств. Хотя очевиден общий механизм технологий этих методов лечения.

В-третьих, это особый способ внушения с обязательным желанием самого пациента избавиться от пагубной привычки. Представьте, что вы услышали сообщение из средств массовой информации о произошедшем землетрясении. Если этот факт вы пропустили мимо ушей, он не вызвал эмоционального отклика в вашей душе, то вы о нем забудете. Но если это известие вас взволновало по каким-то причинам (там могли оказаться ваши знакомые), то все внимание вы направите на произошедшее несчастье и, тем самым, «включите» энергию мыслей, изменив состояние сознания, т.е. дадите себе установку или, говоря языком «довженковско-го учения», закодируете себя. На этом и основан метод А.Р. Довженко, когда врач, используя словесное внушение, перепрограммирует, меняет установку пациента, создавая новую программу, направленную на трезвый образ жизни.

Самую объективную на наш взгляд характеристику кодирования и оценку эффективности при применении в разных вариантах дал в своей работе ученик А.Р. Довженко, доктор наук И.Ц. Эпштейн. Он подчеркнул, что по сути в своем методе А.Р. Довженко сумел добиться интеграции и диалектического взаимодействия большого количества методов психотерапии и описал более тридцати психотерапевтических

приемов, гармонично синтезируемых и используемых при кодировании (импликация, парадоксальная интенция, психолингвистика, психотерапевтическая триада Бехтерева, систематическая психотерапия, приемы «поддержки» пациента и др.).

Мы не пытаемся утверждать, что метод А.Р. Довженко – это панацея. Каждый человек имеет право выбирать свой путь избавления от алкогольной зависимости: кому-то подходит «кодирование», кому-то – когнитивно-поведенческая терапия или общество анонимных алкоголиков, а кому-то – длительный контакт со своим врачом. А в наркологии по-прежнему высока потребность в простых, доступных и эффективных методах для работы с зависимыми пациентами.

Драгунов Ю. В., Романчук И. С., Драгунова Н. Н.

МЦ «Incredere-DNM», Кишинев, Молдова

Эффективность различных терапевтических подходов в коррекции сексуальных расстройств у мужчин, прошедших лечение от алкоголизма методом эмоционально-стрессовой психотерапии

■ ЦЕЛЬ

Оценить эффективность терапии сексуальных расстройств у мужчин, прошедших лечение от алкоголизма методом ЭСП.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

45 мужчин в возрасте 34-62 лет, прошедших лечение методом ЭСП, заявили о снижении потенции. В зависимости от метода лечения, больных распределили на группы: А (n=26) – комплексное лечение (фармако-, психо-, рефлекс- и физиотерапия, массаж простаты); В (n=8) – психотерапия; С (n=4) попросили снять «код»; D (n=4) переданы на лечение к урологу в связи с новообразованиями простаты; E (n=3) отказались от лечения.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Из общего количества больных в группе А (n=26), положительная динамика наблюдалась у 21 (80,77%): улучшение – у 8 (30,87%), полное восстановление у 10 (38,46%), лучше, чем до «кодирования» у 3 (11,54%); без изменений у 5 (19,23%). У 4 (50%) из 8 мужчин группы В полностью восстановилась сексуальная функция, 1 – прекратил лечение, результат неизвестен, 3 попросили комплексное лечение. В группе С у 1 (25%) потенция восстановилась, судьба 3 (75%) неизвестна. Положительная динамика в группе D наблюдалась у 2 из 3 перенесших операцию. Судьба одного – неизвестна.

■ ВЫВОДЫ

Комплексное лечение сексуальных расстройств у мужчин, в качестве возможных осложнений ЭСП, является эффективным в 80,77%. Применение психотерапии способствовало восстановлению сексуальной функции в 50% случаев при отсутствии органических поражений мочеполовой системы.

Залуцкий И. В., Махнач Л. М., Жуковец А. Г.
РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, Минск

Психологический статус пациентов с онкологическими заболеваниями

В современной отечественной и зарубежной литературе все больше внимания уделяют изучению психологических аспектов происхождения и лечения опухолевых заболеваний с целью повышения качества жизни онкологических пациентов.

Обследованы 43 женщины и 45 мужчин в возрасте от 27 до 60 лет, страдающих злокачественными новообразованиями различных локализаций.

Полученные данные указывают на то, что пациенты, как мужчины, так и женщины, имеют высокий уровень ситуативной (69%) и личностной (47%) тревожности, связанный преимущественно с негативной реакцией на онкологическое заболевание, которое воспринимается как угрожающее их жизни, карьере, престижу, семейным взаимоотношениям.

Имеются различия в соответствующих показателях у мужчин и женщин по следующим параметрам: личностная тревожность; фрустрированность. Эти параметры достигают более высокого уровня у женщин. У мужчин более выражены показатели ситуативной тревожности, агрессивности.

По нашему мнению, это может быть связано, с одной стороны, с более развитыми у женщин по сравнению с мужчинами эмпатическими способностями, что обеспечивает им более высокий уровень эмоциональной компетентности, с другой стороны, – с более выраженной у женщин озабоченностью состоянием своего здоровья.

Высокий уровень невротизации при тестировании выявлен у 20% женщин и у 8% мужчин.

По шкале экстраверсия-интроверсия 30% пациентов интерпретируются как потенциальные экстраверты. При этом экстравертов среди женщин наблюдается больше чем мужчин (21% и 8% соответственно). И всего 8% (4% мужчин и 4% женщин) пациентов интерпретируются как интроверты. В 62% случаев результаты показали средние значения.

Результаты изучения локуса социального контроля свидетельствуют о том, что для всех онкологических больных характерен низкий уровень субъективного контроля в разнообразных жизненных ситуациях, характеризующий преимущественно

но интернальный тип поведения. В своих неудачах они стремятся обвинить окружающих или стечение обстоятельств, а положительные события в жизни не склонны считать результатом собственных усилий. В двух наиболее значимых сферах – в производственной для мужчин, и семейной для женщин – пациенты демонстрируют неспособность контролировать происходящие с ними события. В трактовке причин семейных и производственных конфликтов для данной категории больных приоритет ответственности за происходящее в семье, на работе отводится членам семьи или коллегам. Анализ данных по шкале интернальности в области здоровья показывает, что в случае болезни онкологические больные полностью возлагают ответственность за свое состояние на врачебный персонал.

Таким образом, выявленные у онкологических больных высокие уровни ситуативной, личностной тревожности и невротизации, снижение уровня субъективного контроля обуславливают актуальную потребность пациентов в психологической и психотерапевтической помощи.

Зуева Е. Н.

УО «Белорусский государственный университет», Минска

Сексуальное поведение студенческой молодежи университетов

В рамках Белорусско-российско-шведского проекта “Здоровье подростков, включая сексуальное и репродуктивное поведение: обучение и практика” было проведено исследование, в ходе которого впервые получены сведения об особенностях сексуального поведения студенческой молодежи Республики Беларусь.

В исследовании принимало участие 205 человек, из них 110 лиц женского (средний возраст $19,5 \pm 1,3$ года) и 95 лиц мужского пола (средний возраст $19,6 \pm 1,5$ года). Все обследуемые были студентами младших курсов Белорусского государственного университета и Белорусского государственного медицинского университета.

В ходе исследования было выявлено, что преобладающим источником информации по вопросам сексуальных отношений являются разговоры со сверстниками (более 70 %), более половины из них читают соответствующую научно-популярную и специальную литературу по сексологии.

Произошла либерализация взглядов студентов в вопросах допустимости внебрачных сексуальных отношений: только 3 % мужчин и 6% женщин считают возможной половую жизнь лишь в официально зарегистрированном браке. При этом 2/3 мужчин и женщин принципиально отвергают половую близость с человеком, состоящим в браке или любовных отношениях с другим партнером. Половой акт с партнером, к которому нет чувства любви, допускают для себя равное количество мужчин и женщин (по 29 %). Средний возраст начала

половой жизни составил для сексуально активных мужчин – $16,4 \pm 1,8$ года, для женщин – $17,2 \pm 1,3$ года. При этом средний возраст их партнеров был выше: $17,6 \pm 2,3$ года у мужчин и $19,8 \pm 2,2$ года для женщин, что свидетельствует о том, что лица обоих полов предпочитают выбирать более взрослого и опытного партнера для сексуальной инициации. Примерно к 20 годам сексуальный опыт имело 89 % мужчин (в том числе с несколькими партнершами – 59 %) и 67 % женщин (в том числе с несколькими партнерами – 41 %), что опровергает миф о почти всеобщем раннем начале подростками половой жизни. Большинство сексуально активных студентов с момента начала половой жизни имели от 2 до 5 партнеров. Тенденция к частой смене половых партнеров (свыше 10 на протяжении 3-5 лет с момента первого сексуального контакта) выявлена у 12 % мужчин и 4 % женщин. Имелись весьма существенные различия в субъективной оценке первого полового акта. Она была позитивной – у 60 % мужчин и только у 5 % женщин. Сексуальные контакты между лицами одного пола категорически отвергает 87 % мужчин и 58 % женщин. В то же время в эротических фантазиях 10 % мужчин и почти 20 % женщин присутствуют лица одного с ними пола. 5 % мужчин и 15 % женщин отметили, что их сексуальная активность в настоящее время направлена на партнера одного с ними пола. Последнее обстоятельство указывает на распространенность гомосексуального экспериментирования среди молодых людей до 20 лет с нечетко сформированной сексуальной ориентацией. Студенты, в основной массе, информированы о современных методах контрацепции, предпочитая использование презервативов и гормональных контрацептивов. Тем не менее, настораживает тот факт, что 14 % мужчин и 46 % женщин при первом половом акте сами не позаботились о предупреждении возможной беременности или не знали, сделал ли это их партнер.

Исследование показало, что существующие в молодежной среде тенденции свидетельствуют о дальнейшей либерализации взглядов студентов в вопросах сексуальных отношений. Вместе с тем большинство молодых людей демонстрирует достаточно ответственное отношение к половой жизни, причем довольно значительная часть выборки (33 % женщин и 11 % мужчин в возрасте до 20 лет) все еще не имеет сексуальных контактов.

Ильчик О. А., Мельгуй С. Л.

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Медицинский центр «Антес Мед», Минск

Роль семейного окружения в развитии нарушений пищевого поведения

Нарушения пищевого поведения являются многогранной поведенческой проблемой и взгляд на его развитие неоднозначен.

Есть основания полагать, что в подростковом возрасте негармоничная семья стоит на одном из первых мест среди психогенных факторов, способствующих развитию психических и поведенческих расстройств. В гармоничной семье проблемы, связанные с биологическими и биографическими кризисами, в значительной мере сглаживаются и не ведут к социальной дезадаптации. Больше шансов возникновения расстройства пищевого поведения у тех, кто имеет родственников или близких, страдающих нервной анорексией, нервной булимией или ожирением. При наличии члена семьи или родственника, страдающего депрессией, злоупотреблением алкоголем или наркотиками, т.е. зависимостью, также повышается риск возникновения расстройства пищевого поведения.

Родители играют важную роль в качестве «передатчиков» социокультурных посланий в отношении идеального тела подростка. Им свойственно поощрять или критиковать детей в отношении веса, поддерживать их в использовании диет. Недавнее исследование выявило, что родители, «сидящие на диете», независимо от пола, значительно более вероятно будут способствовать тому, чтобы их ребенок похудел, чем родители, которые не сидели на диете, чтобы похудеть.

Нельзя сказать, что существует один шаблон, по которому строится семья таких больных. Однако можно выделить общие черты, присущи семьям: ограниченная переносимость психологического напряжения; важность правил и норм; родительская гиперопека, проявления самостоятельности не поощряются или резко пресекаются; неумение разрешать конфликтные ситуации.

Семьи характеризуются наличием близких отношений между членами семьи, стиранием границ между поколениями и тенденцией избегания открытого несогласия или конфликта. С помощью симптома развивается дисфункция в семье и поддерживается им.

Содержание психологического конфликта выражается в том, что родители якобы стимулируют ребенка к достижению высоких запросов, называя его самым талантливым, одаренным, исключительным, «их единственной надеждой и гордостью», но одновременно с этим они лишают ребенка самостоятельности, решая все за него. Родитель компенсирует свои неудовлетворенные потребности, а ребенок добивается желаемого, не осознавая, например, из-за психической незрелости, какие желания он воплощает в жизнь. Заглядывая в глубь в себя в подростковом возрасте, девушки постепенно начинают осознавать, что за этой внешней вседозволенностью скрывается чувство несостоятельности, неверие в собственные силы и возможности, отсутствие самостоятельности в принятии решений.

С другой стороны, девушка оказывается втянутой в супружеский конфликт. Семья не отпускает страдающую дочь и не позволяет ей естественным образом проходить этапы взросления, т.к. она включена в отношения родителей и играет в них важную стабилизирующую роль.

Таким образом, обращаясь к манипуляциям со своим телом в форме приступов булимии, очищения и контроля над своим весом, девушка хоть на какое-то время восстанавливает чувство собственной эффективности и ощущение того, что она живет.

Каминская Ю. М., Байкова И. А.
ГУО «БелМАПО», Минск

Методы терапии соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы (СВД ССС)

Лечение СВД ССС включает медикаментозные и психотерапевтические методы. Используемые методы психотерапии: аутогенная тренировка, нервно-мышечная релаксация, техники ресурсных трансов, групповая, аналитическая и др. Важная роль отводится когнитивно-поведенческой психотерапии. Цель - прояснение пациенту природы заболевания, разрешение его внутренних психологических конфликтов, повышение стрессоустойчивости, формирование адекватной целостно-личностной системы.

Дополнительные требования к психофармакотерапии - минимальность неблагоприятного влияния на соматические функции и отсутствие нежелательных лекарственных взаимодействий с соматотропными препаратами. Использование психотропных средств выявляет преимущества антидепрессантов. Терапевтический курс проводится в соответствии с тактикой противорецидивного лечения не менее 4-6 недель, поддерживающая терапия - 3-6 месяцев (или дольше). Ориентиром для оценки эффекта лечения являются психический и соматический ряды симптомов расстройства. СИОЗС предпочтительнее ТАД по критериям переносимости, безопасности. При лечении СВД ССС антидепрессантами как правило используются малые и средние дозы в комбинации с транквилизаторами и/или бета-адреноблокаторами. Использование транквилизаторов (1,5-2,5 недели) имеет значение на этапе развития и становления эффектов антидепрессантов. Они обладают целым рядом положительных соматотропных эффектов, но при длительном их применении может формироваться зависимость. Бета-адреноблокаторы особенно показаны в комплексном лечении больных с склонностью к артериальной гипертонии, тахикардии, экстрасистолии. Нейролептики могут быть показаны пациентам с фиксацией на своих ощущениях. Ноотропы, как правило, не вступают во взаимодействие с соматотропными препаратами. Ограничения в их применении могут быть обусловлены нарушениями сна, тревожностью. Следует помнить, что пациенты с данным расстройством нередко преувеличивают тяжесть побочных эффектов психотропных препаратов, принимая их за ухудшение тех соматических симптомов, на которые направлена терапия. При детальном же анализе «непереносимость» нередко оказывается эпизодом вегетативной тревоги. Появление побочных эффектов может стать серьезным препятствием к дальнейшему применению препарата.

Альтернативным подходом к терапии СВД ССС является тренинг с биологической обратной связью (БОС). В ходе БОС-сеанса пациент учится связывать изменения своего организма с изменениями на экране компьютера. Идея обучения - физиологическая функция становится «ощущаемой» благодаря сигналам обратной

связи и пациент с помощью специальных приемов и аппаратуры развивает способность произвольно изменять ее для коррекции патологических расстройств. Цель метода БОС - повысить уровень осознания и произвольного контроля над физиологическими процессами, обычно не осознаваемыми и не контролируемыми произвольно. Результатом нормализации даже 1-2 параметров работы организма являются положительные сдвиги в общем функциональном состоянии человека. Имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют о том, что эффективное применение БОС-метода может позволить уменьшить дозировку принимаемых медикаментов, сократить сроки выздоровления, а также значительно снизить число повторных обращений.

Каминская Ю. М.
ГУО «БелМАПО», Минск

Эффективность аппаратной психотехнологии с использованием биологической обратной связи в комплексном лечении больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы

Соматоформная вегетативная дисфункция наиболее часто проявляется в рамках реагирования сердечно-сосудистой системы (СВД ССС). Особенностью этого расстройства являются постоянные жалобы пациента, схожие с теми, которые возникают при поражении сердечно-сосудистой системы. Также наблюдаются сниженное настроение, тревога по поводу возможного заболевания при отсутствии подтверждения такового медицинскими исследованиями.

Лечение включает медикаментозные и психотерапевтические методы. При психофармакотерапии может возникать ряд проблем: побочное лекарственное действие, синдром отмены, повышенная чувствительность к лекарственным средствам и др. Вследствие указанных причин больные часто не проходят полный курс лечения, что влечет за собой риск рецидива, и, следовательно, бессмысленность ранее затраченных на терапию сил и материальных средств. Важная роль в лечении отводится техникам когнитивно-поведенческой психотерапии. Одним из альтернативных ее направлений является адаптивное биоуправление с использованием устройств биологической обратной связи (БОС). Однако литературные источники свидетельствуют о фрагментарности изучения существующих методов лечения. В связи с вышесказанным видится актуальным исследование эффективности комплексного подхода к терапии данного рас-

стройства с применением аппаратной психотехнологии, имеющей отношение к биоуправлению (БОС-терапия).

Гипотеза исследования – сочетание БОС-терапии со стандартным лечением больных СВД ССС будет давать лучший результат.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 97 человек с СВД ССС, в возрасте 18-46 лет. Пациенты были распределены на три группы: 1) контрольная (получали стандартную терапию) – 35 чел.; 2) основная (стандартная и БОС-терапия) – 42 чел.; 3) группа сравнения – плацебо (имитация БОС-тренинга и стандартное лечение) – 20 чел. Психометрическое исследование проводилось всем пациентам перед лечением, через 21 день лечения и через 6-12 месяцев. Использовались: опросники Вейна (для врача и пациента), Спилбергера-Ханина, Бека, SF-36. Перед лечением субдепрессия, высокая личностная (ЛТ) и умеренная ситуационная тревожность (СТ) наблюдались у большей половины пациентов каждой группы. Выраженность СТ у каждого из больных как правило была ниже ЛТ. Опросники Вейна выявили вегетативную дисфункцию у всех исследуемых. В результате применяемой аппаратной психотехнологии с использованием БОС в основной группе достоверно уменьшилась ситуационная тревожность ($p < 0,05$), выраженность вегетативных нарушений ($p < 0,001$), депрессивных проявлений ($p < 0,05$). Улучшение состояния наступило раньше ($p < 0,05$), чем в остальных группах. В группе, получавшей БОС - терапию со стандартным лечением качество жизни пациентов поднялось по показателям физического и ролевого (физического) функционирования, психологического здоровья ($p < 0,05$).

Таким образом, наиболее оптимальные результаты лечения больных СВД ССС получены при использовании аппаратной психотехнологии с биологической обратной связью в комплексе со стандартными методами лечения.

Когутенко Н. Н., Петров В. И.

Исправительное учреждение «Тюрьма №4», Могилев

Лазеропунктура (магнитолазеропунктура) в коррекции расстройств адаптации у женщин, содержащихся под стражей

Лишение свободы для содержащихся под стражей является чрезвычайным стрессором, который обусловлен действием экстремальных характеристик тюремного быта. Он радикально меняет качество жизни человека на длительный срок, вызывает развитие расстройств адаптации, проявляющихся, прежде всего,

симптомами тревоги и депрессии. По данным исследований у женского контингента исправительного учреждения расстройства адаптации встречаются в 72,1% случаев (1,2). Нормализация психического состояния женского спецконтингента способствует формированию его законопослушного поведения как в исправительном учреждении, так и выработке социально-приемлемого стереотипа поведения после освобождения.

Лазеропунктура (магнитолазеропунктура) не сопровождается осложнениями, характерными для традиционной медикаментозной терапии. Она нетоксична, экологична, характеризуется отсутствием неприятных субъективных ощущений у пациента. Выборочную совокупность составили 30 женщин с расстройствами адаптации (F 43.2 по МКБ-10), содержащиеся под стражей в ИУ «Тюрьма №4» г. Могилева. Из психометрических методов диагностики использовались краткие шкалы тревоги и депрессии Гольдберга. С целью коррекции расстройств адаптации применялся многофункциональный физиорефлексотерапевтический аппарат «Рефтон 01». Его технические характеристики предусматривали сочетанное воздействие на пациента непрерывного или импульсного лазерного излучения с длиной волны 0,67 мкм (микрометров) и постоянного магнитного поля напряженностью $\approx 35 \pm 5$ мТл (миллитесла). Процедуры чаще проводились ежедневно, на курс - 10-15 сеансов. Примерная схема сеанса лазеропунктуры (магнитолазеропунктуры) с использованием второго варианта тормозного метода (режимы F = 500 Гц, КТ – 50 сек, АТ – 30 сек) выглядела следующим образом:

№ сеансов ЛП (ЛМП)	Точки акупунктуры
1.	GI-4 (2), E-36(2), VG-20, AT 55 (2)
2.	VG - 20 , VG – 14, V-60 (2), AT 34 (2)
3.	MC-6 (2), RP-6 (2), F-3 (2), PC-3, AT 28 (2)
4.	GI-4 (2), VG-20, VG-14, E-36 (2), AT 34 (2), AT 51 (2)
5.	P-7 (2), RP- 6(2), VC-12, R-3 (2), AT 55 (2)
6.	VB-34 (2), VB-39 (2), VG-20, TR 5 (2), AT 34 (2)
7.	RP-6 (2), F-3 (2), MC-6 (2), VC-12, AT 28 (2), AT 51 (2)
8.	GI-11 (2), V-23 (2), VG -20 (2), VG-14, AT 55 (2)
9.	R-6 (2), C-3 (2), PC-3 (2), , AT 12 (2)
10.	GI-4 (2), GI-14 (2), E-36 (2), AT 34 (2)

У всех пролеченных женщин исследуемой группы (в 100,0% случаев) отмечался положительный эффект, что подтверждалось повторным контрольным психометрическим тестированием после лазеропунктуры (магнитолазеропунктуры). Тревога, нарушения сна, в большинстве случаев, исчезали на 5-6 сеанс лечения. Не было отмечено случаев ухудшения состояния пациенток или отсутствия лечебного эффекта. Некоторым больным (шести) по их просьбе, спустя 3-4 месяца, при

возникновении повторных психотравмирующих ситуаций, сопровождающихся признаками расстройств адаптации, проводился повторный аналогичный курс лечения, который в 100,0% случаев полностью снимал тревожно-депрессивную симптоматику в рамках установленного диагноза.

■ ВЫВОД

Методы лазеропунктуры (магнитолазеропунктуры) в лечении расстройств адаптации у женского спецконтингента в условиях следственного изолятора являются высокоэффективными и физиологически оправданными.

Коломинский Я. Л.

УО «Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка»,
Минск

Социально-психологические фантомные боли: происхождение, диагностика, коррекция

Ключевой проблемой социализации личности является усвоение и функционирование ее полиролевой структуры. В понятие «социальная роль» включаются объективная и субъективная характеристики положения личности в социальной среде, которая определяют ее типическое поведение, подкрепляемое социальными ожиданиями и социальными санкциями. Роль в известной степени – это совокупность ожиданий, предъявляемых индивиду, который занимает данную позицию. С другой стороны, личность ожидает от своей ролевой позиции признания и удовлетворения своей самооценки. Так возникает образ, который человек имеет о самом себе, и который формируется, проявляется и подкрепляется в процессе межличностного, ролевого общения с другими людьми.

Социальная роль – это многоуровневая функциональная система, своеобразный функциональный орган, который имеет сложную внутреннюю структуру. Во-первых, эмоциональный, аффективный компонент: эмоциональное переживание отношения к своей роли – призвание, дело жизни и т.д. Во-вторых, это когнитивная составляющая, осознание значимости роли для окружающих, самооценка своей ролевой успешности, своего соответствия социальным ожиданиям. Описанные внутриличностные инстанции актуализируются в процессе внешнего реального исполнительного органа – ролевого поведения. Потеря исполнительных, внешних поведенческих атрибутов роли, потеря возможности действовать в референтной, субъективно значимой для личности системе социальных взаимодействий при сохранности внутриличностных ролевых инстанций является причиной возникновения у личности особого комплекса, синдрома аффективно-когнитивных переживаний, которые мы обозначили по

известной аналогии как «социально-психологические фантомные боли». Этот синдром может наблюдаться на различных этапах онтогенеза, но наиболее типично его появление на послетрудовой ступени жизни. Потеря значимой и привычной социальной роли воспринимается как утрата смысла жизни, ведет к своеобразной деперсонализации. Человеку, лишившемуся социальной роли при сохранившихся внутриличностных ролевых инстанций, кажется, что ему уже «Нечего предъявить для других». Социально-психологические фантомные боли проявляются в нарушении психологического и нередко психического здоровья.

Актуализация синдрома «социально-психологические фантомные боли» (СПФБ) во многом зависит не только от типа личности, но и характера профессиональной роли, которой лишился человек. Наблюдения свидетельствуют: бывшие педагоги продолжают поучать окружающих, бывшие работники правоохранительных органов - «наводить порядок», медицинские работники - диагностируют и лечат и т.д.

Синдром СПФБ выражается в серьезных внутриличностных нарушениях и расстройствах межличностных отношений в семейной жизни и ближайшей социальной среде. Нередко СПФБ проявляются в алкоголизации личности.

Профилактика СПФБ лежит в сфере здоровьесберегающих условий воспитания, формирования определенного отношения к себе, своим социальным ролям, формирования отношения к роли не как к цели, а как средству самореализации и способу служения обществу. Важным средством профилактики является воспитание особого личностного качества – ролевой гибкости, которая формируется на ранних стадиях онтогенеза в процессе ролевой игры.

Корсакова Н. К., Рощина И. Ф.
МГУ им. М.В.Ломоносова, НЦПЗ РАМН, Москва, Россия

Нормальное и патологическое старение: нейропсихологический подход

Современное состояние взглядов на психическое старение характеризуется отказом от понимания его исключительно как времени «утрат и потерь». На смену приходят представления о сложности, противоречивости и нелинейности изменений, происходящих в системах жизнедеятельности, в том числе и в психике. В этой связи можно говорить о том, что наступающие с возрастом ограничения следует рассматривать не как нарушения, ведущие к регрессу, а как особенные возрастные симптомы, доступные преодолению и коррекции, а по отношению к позднему возрасту ввести понятие «поздний онтогенез», связанное с появлением в психике и поведении нового, не бывшего на предыдущих этапах жизни (Л.С.Выготский).

Реализация нейрокогнитивного (нейропсихологического) подхода наиболее эффективно обеспечивается применением к анализу и описанию когнитивных особенностей при нормальном и патологическом старении концепции А.Р. Лурии о трех функциональных блоках мозга (ФБМ).

Функциональная дефицитарность первого блока мозга проявляется в снижении уровня энергетического обеспечения психической деятельности и преобладании тормозных процессов (замедление темпа деятельности особенно на этапе ее инициации, сужение объема психической активности в виде ограничения присущих молодому возрасту возможностей одновременного многоканального параллельного выполнения различных действий, ограничения в текущем запоминании, обусловленные повышенной тормозимостью следов памяти под влиянием вновь поступающей информации, снижением помехоустойчивости текущего запоминания к отвлекающим факторам). Вторая составляющая нормального старения характеризуется затруднением в переработке пространственных характеристик информации. Многочисленные данные об ограничениях в зрительно-пространственной сфере свидетельствуют о снижении степени участия правого полушария в когнитивных процессах. При этом наиболее отчетливо представлена дисфункция височно-теменно-затылочной ассоциативной области в этой гемисфере (2-й ФБМ). В настоящее время формируются представления о компенсаторных функциях левого полушария в отношении возрастной дезадаптации, а его функциональная сохранность рассматривается как фактор-протектор от возможного развития ослабумливающих процессов. В этом контексте одной из важных составляющих когнитивного старения является изменение вектора активности полушарий мозга в сторону доминирования левого полушария.

Одним из наиболее частых заболеваний в позднем возрасте, приводящих к деменции, является болезнь Альцгеймера (БА). В картине когнитивных расстройств при болезни Альцгеймера можно выделить, с одной стороны, симптомы, характерные для нормального старения (нарушение функций 1-го ФБМ), которые, однако, представлены в более выраженной степени и неуклонно прогрессируют в ходе болезни. С другой стороны, характерным для БА является нарушение функций, обеспечиваемых левой гемисферой мозга, в виде сукцессивной переработки информации, что обеспечивается 2-м ФБМ. Можно видеть, что при нарастании клинической симптоматики сильно снижаются и возможности контроля, программирования и произвольной регуляции деятельности (3-й ФБМ), что приводит практически к полной несостоятельности больных. Таким образом, при БА в патологический процесс включены все три ФБМ, что препятствует актуализации даже минимальных компенсаторных возможностей.

Лайша Н. А.

УЗ «Могилевская областная психиатрическая больница», Могилев

О феномене веры в психотерапии

Как известно, причины большинства психических и телесных болезней до конца неизвестны и сегодня, в начале третьего тысячелетия (Евсегнеев Р.А., 2006). Не являются исключением и пограничные нервно-психические расстройства - объект приложения психотерапии.

Методы психологической коррекции и психотерапии рождаются обычно на основе смешивания опыта и различных теорий.

По данным Махони (Mahoney, 1991), к 1990 году насчитывалось более 400 психотерапевтических программ (техник), и число их продолжает неуклонно расти. Несмотря на широко распространенное мнение о высокой действенности всевозможных методов психотерапии (порой являющихся антиподами), самое слабое звено психотерапии - анализ эффективности психотерапевтического воздействия. Дискуссии на эту тему нередко заканчивались либо «выдавливанием» психотерапии из сферы науки и медицины в область «искусства», либо объявлением ее разновидностью едва ли не шарлатанства, где ее действенность приравнивалась к плацебо эффекту (Зорин Н.А., 2009).

Многие ученые справедливо полагают, что эффективность различных методов психотерапии должна быть подтверждена с точки зрения доказательной медицины (ДМ), как это делается ныне в соматической медицине. А результаты, получаемые ежегодно ДМ в соматической и психосоматической клинике, шокируют и врачей, и пациентов. Так, например, в 4-м выпуске ежегодного справочника «Доказательная медицина» (М.: Медиа Сфера, 2006) приведены сведения о 2404-х вмешательствах, прошедших строгую проверку эффективности в соответствии с требованиями ДМ. В основном это были пользующиеся признанием у врачей и пациентов лекарственные препараты. В ходе контролируемых клинических исследований эффективность была доказана только для 15% из 2404-х вмешательств. В 22% - эффективность лишь предполагается. А в 63% эффективность не была установлена вообще либо преимущества и недостатки вмешательства оказались одинаковыми.

Эти результаты свидетельствуют о том, что подавляющее большинство лечебных вмешательств в современной соматической и психосоматической медицине имеют эффект плацебо (пустышки). Следовательно, в современной медицине и, особенно в психотерапии, главным лечебным фактором является вера. А большой вклад веры в конечный результат психотерапевтических воздействий роднит психотерапию больше с религией, чем с наукой. Совершая многочисленные чудесные исцеления больных, Иисус Христос неизменно подчеркивал необходимость сильной веры: «по вере вашей да будет вам» (Мф. 9:27).

Несмотря на то, что успех психотерапии в основном основывается на феномене веры, в учебниках и руководствах по психотерапии статьи «вера» нет. А понятия «внушение» и «самовнушение» заметно беднее понятия «вера». Они не объясняют источник движущей силы лечебного эффекта, и «какую власть» (Мф. 21:23) психотерапевт этого эффекта достигает.

Таким образом, психотерапия должна изучать феномен веры и подтвердить действенность своих вмешательств методами доказательной медицины.

Лисковский О. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Значение медицинской психологии и психиатрии в структуре знаний и умений социального работника

Международный опыт показывает, что эффективно реабилитировать лиц с психическими нарушениями невозможно без активного участия психологов и социальных работников, которые должны быть профессионально подготовленными в области медицинской психологии и психиатрии. В данной статье обобщен многолетний опыт преподавания психиатрии и медицинской психологии на кафедрах социальной работы и реабилитологии ГИУСТ БГУ, где готовятся специалисты по социальной работе с высшим образованием. Эти специалисты в основном работают в центрах территориального обслуживания населения. В психиатрической службе их явно недостаточно (в 2008г. – всего 3 чел., а также 17 социальных работников со средним образованием).

Основная задача социального работника – помощь в социальной адаптации своих клиентов. Многие соматические и психические болезни нарушат адаптацию в обществе из-за происшедших в связи с заболеванием личностных изменений. В тоже время изучение личности в процессе болезни является главной задачей медицинской психологии. Умение определить типологические особенности заболевшего, способы его реагирования на болезнь, понимание природы переживаний в связи с ущемленным заболеванием, значимыми для личности потребностями, позволяют социальному работнику провести эффективную психологическую и психотерапевтическую коррекцию нарушений поведения своих клиентов.

Участие в реабилитации больных и инвалидов невозможно без знания правил трудовой экспертизы, принципов, этапов, методов реабилитационного процесса, направленного на восстановление личного и социального статуса пострадавших, а это подразумевает психологическую и психотерапевтическую компетентность социального работника. Он должен оказать помощь инвалидам и их семьям в правильном осознании последствий болезни, показать пути компенсации утраченных функций, проводить постоянную психологическую

поддержку, направленную на восстановление у них уверенности, чувства собственного достоинства и полезности для общества, повышение самооценки и снижение зависимости от других.

Не меньшее значение для социального работника имеют знания по психиатрии. Это объясняется широкой распространенностью психических расстройств (до 25% населения), тяжелым экономическим, психологическим и социальным бременем для семьи (каждая четвертая семья имеет в своем составе душевнобольного члена) и общества (до 12% общего бремени всех болезней приходится на психические расстройства). Психические болезни, особенно депрессии (суицид), травмы, отравления алкоголем ведут к повышенной смертности и тяжелой инвалидизации (в Беларуси 78,5% составляют инвалиды 1 и 2 групп). В связи с постарением населения растет число лиц преклонного возраста имеющих психические отклонения (до 25%). Приведенные сведения убедительно показывают, что без психиатрических знаний социальный работник не может эффективно заниматься своей профессиональной деятельностью. Диагностика тревожных и депрессивных расстройств, выявление лиц с зависимостью от психоактивных веществ, определение снижения интеллекта (олигофрения, деменция), знание признаков острых психических расстройств и тактики поведения при их обнаружении (вызов скорой помощи, направление в психоневрологический диспансер или больницу, оформление в дом-интернат и т.д.) – далеко неполный перечень психиатрических знаний и умений, которыми должен обладать социальный работник.

Матиевская Н. В., Цыркунов В. М., Станько Э. П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Влияние хронической патологии печени и коинфекции ВИЧ на качество жизни больных

В структуре хронической патологии печени (ХПП) у пациентов в Республике Беларусь (РБ) ведущими являются вирусные поражения печени, вызванные вирусом гепатита С (HCV) и гепатита В (HBV). Хроническая HCV-инфекция составляет более 70% в структуре вирусной патологии печени. Рост случаев ВИЧ-инфекции в РБ, ассоциируется с высокой частотой поражения печени у данных пациентов, вызванной токсическими и инфекционными агентами, включая частую коинфекцию ВИЧ/HCV у данных больных. Учитывая особенности естественного течения HCV-инфекции, ожидается постепенное увеличение заболеваемости и летальности среди инфицированных пациентов в ближайшие 20 лет. Важным аспектом мониторинга пациентов ХПП является оценка КЖ, как дополнительного критерия состояния здоровья.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение влияния хронической патологии печени (ХПП) и коинфекции ВИЧ на качество жизни (КЖ) больных в зависимости от стадии патологического процесса в печени.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 108 больных ХПП различного происхождения. В зависимости от стадии патологического процесса в печени больные распределились на 2 группы: хронический гепатит (ХГ) – 94, цирроз печени (ЦП) – 14 больных. В группе коинфекции ВИЧ было 15 больных. Методикой исследования был опрос респондентов: анкетирование по вопросам, характеризующим КЖ больных (критерии ВОЗ) и по опроснику SF-36.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных ХГ без трансформации в ЦП выявлен ряд психических и физических проблем, оказывающих негативное влияние на КЖ больных. Среди них отмечались такие как: наличие симптомов заболевания (50% пациентов), необходимость смены работы из-за производственных факторов вредности (32%). Часть больных указала на наличие психологических проблем в семье и трудовом коллективе (18%). Тем не менее, в целом КЖ больных на стадии ХГ сохранялось приблизительно на уровне здоровых индивидуумов. Медленное прогрессирование патологического процесса при ХГ позволяло пациентам адаптироваться к состоянию своего здоровья, что проявилось удовлетворительной субъективной оценкой состояния КЖ большинством больных ХГ. Трансформация ХГ в ЦП существенно снижала физическую активность больного, приводила к снижению объема физической нагрузки, выполняемой больным, ограничивала повседневную активность пациента. Данные изменения формировали объективные причины, приводившие к значительному снижению самооценки состояния физического здоровья и КЖ. В то же время психический компонент (ПК) КЖ при ЦП долгое время оставался на уровне больных ХГ, что свидетельствует о высокой устойчивости этого показателя к длительно существующей хронической патологии печени. Коинфекция ВИЧ /HCV способствовала более быстрой прогрессии поражения печени, приводила к снижению показателей КЖ на более ранних сроках заболевания, что обосновывает необходимость ранней противовирусной терапии HCV-инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование опросника SF-36 позволяет значительно дополнить информацию, получаемую врачом традиционно при сборе анамнеза и оценке физического статуса больного, объективизировать показатели КЖ больных, использовать их в качестве дополнительных критериев состояния здоровья больного и прогноза прогрессирования стадии болезни.

Матускова Т. Д., Уласень Т. В.

ОГУЗ «Смоленская областная клиническая психиатрическая больница», Смоленск

Анализ изменений психосоциального и физического статусов «качества жизни» до и после рефлексотерапии у больных психотерапевтического стационара с хронической ишемией мозга 1-2 степени в зависимости от типов личности

В медицине термин «качество жизни» начал применяться с 1947 года, когда ВОЗ впервые определила понятие «здоровье» как состояние физического, психического и социального благополучия. Важность и актуальность оценки качества жизни при различных заболеваниях была осознана лишь в последнее десятилетие XX века [Morris I., Black S., Reid R., 2000]. Существует специальный отдел ВОЗ, который занимается проблемами качества жизни, решаемыми только при условии усиления интеграции медицинских знаний. Важнейшую роль в этом призвана сыграть психиатрия, которая выступает в качестве связующего звена между биологическими и психосоциальными подходами [Бобров А.Е., 2006]. В комплексном лечении больных, особенно неврологического профиля, зарекомендовал себя такой немедикаментозный метод лечения, как рефлексотерапия (РТ), имеющая научную обоснованность и наличие самостоятельной (специфичной) целостной системы диагностики и лечения, эффективной на различных этапах медицинской помощи [Дуринян Р.А., Василенко А.М., 1985].

Целью нашей работы явилась оценка изменений показателей психосоциального и физического статусов качества жизни до и после рефлексотерапии у больных психотерапевтического стационара с хронической ишемией мозга 1-2 ст. в зависимости от врожденных типов личности (по Леонгарду). Для решения поставленных задач нами обследовано 172 пациента психотерапевтического отделения с хронической ишемией мозга 1-2 ст. (шифр по МКБ-10 I67.8), получавшие рефлексотерапию в комплексе с психо- и фармакотерапией. Контрольную группу составили 160 пациентов того же отделения, пролеченные без использования рефлексотерапии. В основной группе средний возраст составил $44,3 \pm 3,1$ года, в контрольной – $43,8 \pm 3,2$ года соответственно. При анкетировании был использован «Краткий медицинский опросник» SF-36 с 9 параметрами, отражающими физический и психосоциальный статус респондента; психодиагностическое исследование типов личности проведено с помощью опросника Леонгарда.

Анализ изменений изучаемых нами статусов «качества жизни» до и после лечения рефлексотерапией у больных психотерапевтического стационара с ХИМ 1-2 ст. в зависимости от врожденных типов личности выявил определенную положительную динамику. Наилучший терапевтический эффект (максимальное повышение показателей в 3-6 раз) прослежен у пациентов врожденно гипертим-

ных, эмотивных, демонстративных, застревающих, экзальтированных больных; в меньшей степени рефлексотерапия была эффективна у врожденно педантичных и тревожных личностей (динамический коэффициент 1,5-1,8), что согласуется с характеристикой их акцентуации. Показатели физических и психоэмоциональных составляющих качества жизни увеличивались по-разному – у больных с дистимическими, застревающими и тревожными свойствами личности в результате лечения в равной степени изменялись показатели, влияющие как на физический, так и на психосоциальный статусы – динамические коэффициенты 2,3-2,6; 4,7-4,9, 1,8-1,8 соответственно. Врожденно гипертимные личности физически выздоравливают быстрее (динамический коэффициент – 5,7).

Михайлова О. Н., Николаев Е. Л.
Чувашский государственный университет, Чебоксары, Россия

Психология телесности и ее образ в понимании современных студентов

Телесность сегодня понимается как широкий, интегративный феномен, включающий в себя и образ тела. Образ тела рассматривается как структурный компонент Я-концепции, на формирование и развитие которой оказывают влияние многие факторы, внешние и внутренние, в том числе личностные особенности индивида, современные технологии, нормы и представления, принятые в обществе, в котором человек живет. Общество диктует свои эталоны красоты, которые не всегда совпадают с внешними данными личности. Невозможность или неспособность соответствовать этим нормам может привести к психологическим проблемам либо, как компенсация, к модификациям тела или рискованным поступкам.

Целью данного исследования явилось изучение психологических особенностей телесного образа Я у студентов. В исследовании психологических особенностей телесного образа Я приняли участие студенты Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова в количестве 70 человек (35 девушек и 35 юношей). Возрастной диапазон от 18 до 25 лет (средний возраст 21,5). Исследование проводилось с использованием современных методов математико-статистической обработки данных и позволило сделать следующие выводы.

Телесность не вполне идентична телу, она «шире» тела и выражает многие психологические проблемы человека. На состоянии телесности отражаются мотивации, установки и, в целом, система смыслов индивидуума, поэтому она хранит обобщенное знание человека и представляет собой материальный, видимый аспект души. Телесность проявляется как процесс в форме тела.

Образ тела представляет собой структурный компонент Я-концепции и выражает представление человека о собственной внешности. Неудовлетворенность

собственным телом часто приводит к его различным модификациям и рискованному поведению.

Большинство испытуемых считает, что человеческая красота – это, прежде всего, хороший характер и добрая душа. Девушки склонны считать, что красивое тело необходимо для личного самоутверждения, что может быть связано с их меньшей уверенностью в себе и подверженностью психологическим проблемам.

Юноши связывают телесную красоту со здоровьем и считают, что для ее поддержания важны физические упражнения и спорт, тогда как девушки для поддержания красоты собственного тела большую роль отводят гигиене, что может быть обусловлено биологическими различиями.

Большинство испытуемых считает, что хорошо подобранная диета – только плюс для тела и здоровья, что может свидетельствовать об их готовности при необходимости к изменениям своей внешности. В то же время все испытуемые крайне отрицательно относятся к экстремальному пирсингу и другим кардинальным модификациям собственного тела.

Михаловска-Карлова Е. П.

Московская медицинская академия им. Сеченова, Москва.

Суицид как психоаналитическая и биоэтическая проблема

В современной статистике смертности самоубийство почти во всех странах занимает тревожное третье место, а по последним прогнозам ВОЗ к 2020 году выйдет на второе место после сосудистых заболеваний «убийц» планеты. Неудивительно поэтому, что проблема суицида привлекает внимание различных специалистов. Основатель современной американской суицидологии Э. Шнейдман отмечает, что З.Фрейд был первым, кто предложил понятийный аппарат, способный проникнуть в психодинамику самоубийства. Именно психоанализ и является одним из наиболее эффективных методов лечения суицидальных пациентов.

Из работ Фрейда и событий его жизни мы знаем, что проблема суицида ни в коей мере не была ему безразлична. По существу, основатель психоанализа покончил с собой – сегодня его смерть была бы квалифицирована как ассистированное самоубийство или добровольная эвтаназия. Как теоретика, Фрейда всегда занимал феномен самодеструкции, который до 1910 года рассматривался им в рамках теории либидо и только позже, в двадцатых годах, стал интерпретироваться как проявление инстинкта смерти. Начиная с работы «По ту сторону принципа удовольствия» жизнь во фрейдизме понимается как стремление к смерти. Влечение к другому человеку (к объекту, в психоаналитической терминологии) служит средством выживания. Когда наша привязанность к объекту становится слишком

сильной, объект из союзника борьбы со смертью превращается в сообщника последней. Фрейд приходит к выводу, что принесение себя в жертву любимому объекту невозможно без участия третьего лица – «критического агента», или совести, впоследствии переименованных им в Супер-Эго. Не что иное, как садизм совести, толкает человека на самоубийство. Психоанализ переводит, таким образом, проблему суицида из области медицины в сферу нравственности.

Однако когда в биомедицинском контексте человек оказывается у роковой черты и при этом испытывает тяжелейшие боли и страдания, у него нередко возникает настойчивое желание прекратить бессмысленные страдания. Будучи убежденным, что он имеет право на достойную смерть, пациент обращается за помощью к врачу. Так возникает проблема эвтаназии. Термин «эвтаназия» означает легкую, безболезненную смерть и одновременно право человека на достойный уход из жизни. Фактически речь идет об ускорении смерти тяжело больного человека по его собственной воле или по воле его представителей. Различают пассивную и активную эвтаназию. Пассивная эвтаназия предполагает отказ от жизнеподдерживающего лечения (к примеру, когда безнадежно больного выписывают из больницы). В медицинской практике это довольно распространенное явление. Активная эвтаназия – это целенаправленное прерывание жизни пациента. В большинстве стран мира активная эвтаназия запрещена законодательно (исключение составляют Нидерланды, Бельгия и ряд штатов США). Но именно она вызывает острые дискуссии. Выделяют следующие ее формы: недобровольную активную эвтаназию, когда жизнь больного прерывают из сострадания даже без его согласия; добровольная активная эвтаназия; самоубийство с помощью врача. Вторая и третья формы основываются на добровольном согласии больного. Поскольку общество, как правило, против активной эвтаназии, то ее манифестацией зачастую является самоубийство. Это обстоятельство выводит проблему суицида на междисциплинарный уровень. При этом именно принципам биоэтики предстоит стать своеобразными выступами на «скользком склоне», чтобы спускающаяся с горы лавина не уничтожила все живое на своем пути.

Мищенко Н. В., Селицкий В. С.

УЗ «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», Гомель

Результаты исследования распространенности депрессии среди пациентов соматических стационаров

На базе областной клинической больницы г. Гомеля в 2008 г. было проведено исследование на тему «Распространенность депрессии среди пациентов соматических стационаров»

■ ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить, сколько случаев депрессии имеется в данной группе населения в данное время. Оценить связь с депрессией социально-демографических показателей и жизненных событий. Оценить возможность применения метода в скрининге данной патологии.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ходе исследования опрошено 408 пациентов, что составило 58,8% от общего числа пациентов, находящихся в стационаре. К обработке принято 402 анкеты (мужчин – 142, женщин – 260).

Исследование проводилось в следующих отделениях : оториноларингология, хирургия, гастроэнтерология, урология, гинекология, ревматология, терапия, неврология, нейрохирургия, травматология.

Инструмент исследования - Шкала депрессий Бека

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Нет симптомов депрессии – 240 (59,7%)

Симптоматика депрессии – 162 (40,3%)

Легкая степень депрессии – 72 (44,4%)

Средняя степень депрессии – 58 (35,8%)

Тяжелая степень депрессии. – 32 (19,8%)

64 пациента нуждаются в терапии антидепрессантами (39,5%)

Распространенность депрессии у пациентов соматического стационара составила 40,3%.

Процент пациентов, нуждающихся в терапии антидепрессантами, составил 39,5%.

Женщины страдают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины (26,8% мужчин, 47,7% женщин).

Наиболее часто симптомы депрессии демонстрируют пациенты в возрасте старше 50-ти лет.

Депрессия среди одиноких и разведенных лиц в 2 раза выше, чем среди семейных.

Не обнаружено зависимости распространенности депрессии от уровня образования, наличия работы.

Только 19% опрошенных обращались к психиатру (психотерапевту) по поводу тех или иных жалоб. Большинство из них затруднились назвать свой диагноз.

Ни в одной из медицинских карт стационарного больного нет сопутствующего диагноза «депрессия».

Врачи вышеуказанных отделений практически никогда не выставляли предварительный диагноз депрессии, хотя около 30-40% консультаций психиатра связано с суицидальными высказываниями пациентов.

Лечение антидепрессантами в соматическом стационаре сводится к назначению 25-50 мг amitriptyline на ночь.

Шкала депрессий Бека является достаточно удобным и эффективным инструментом для оценки наличия симптомов депрессии и степени их тяжести. Может быть использована врачами общей практики для выявления симптомов депрессии у различных групп пациентов.

Никифорова В. В.

УЗ «Витебский областной психиатрический диспансер», Витебск

Психообразование: семейная терапия в профилактике психозов

Использование методов психотерапии, а также проведение комплексного вмешательства для пациентов с психическими расстройствами и их семей действительно дают хорошие результаты. Это позволяет улучшить социальную, семейную и профессиональную адаптацию пациентов перенесших психотические состояния, а также дает им возможность применить полученные знания в практические действия. Данное комплексное вмешательство включает в себя психообразовательную программу для пациентов, а также психообразовательную и психотерапевтическую программу для родственников. Занятия с пациентами и их родственниками проходят 1 раз в 2 недели длительностью по 60 минут. Вначале это индивидуальные занятия, которые проводятся отдельно с пациентами и отдельно с родственниками (направленные в основном на выработку мотивации и согласия на длительную терапию). Затем проводятся групповые занятия с пациентами и с их родственниками. При проведении семейной психотерапии основное внимание направлено на развитие навыков конструктивного взаимодействия с пациентом, психологическую поддержку семьи, нормализацию эмоционального состояния семьи как целостной системы. Отметим, что родственников волнуют, прежде всего, вопросы, касающиеся побочных действий лекарственных препаратов, оказания соматической помощи психически больным, выбор правильной линии поведения здоровых членов семьи, позволяющей предотвратить или отодвинуть время наступления рецидива заболевания, возможности психотерапевтической помощи, социальной и семейной адаптации больных и снижения нагрузки на родственников. В связи с этим на данные встречи активно приглашаются (помимо врача психиатра) психологи и психотерапевты.

Задачами данной программы, помимо информирования семьи о психическом заболевании, стало, прежде всего, снятие психоэмоционального напряжения в семье, формирование адекватного отношения к болезни.

По отчетам пациентов и их родственников после прохождения уже первых занятий отмечалось значительное повышение уровня знаний о причинах, основных проявлениях, закономерностях течения и прогнозе психических расстройств, способах предупреждения обострений, методах лечения, службах и формах помощи. Особое значение для семей имели лучшее понимание субъективных переживаний и поведения болеющего родственника, уменьшение «зависимости» от проблем пациента, усиление доверительности взаимоотношений в семье.

У пациентов, с которыми специалисты работают по данной программе, заметно улучшается климат в семье: меньше стрессов, больше взаимопонимания. Показателем этого стала также меньшая частота госпитализации больных. У таких пациентов появляется ощущение собственной полноценности и больших собственных возможностей.

Некоторые больные имеют реальные возможности восстановления в обществе и на работе.

Уже имеющийся небольшой опыт позволяет полагать что работа специалистов в области психического здоровья совместно с родственниками является одной из наиболее адекватных форм реализации психообразовательных и психосоциальных программ социальной и семейной реабилитации психически больных.

Николаев Е. Л.

Чувашский государственный университет,
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары, Россия

Проблемы развития психотерапии в изменяющейся России

Развитие психотерапии в России, как сферы научных знаний и профессиональной практики, несмотря на свою относительно непродолжительную историю развития знало, как периоды бурного роста, так и стабильного или обратного развития. В советский период, находясь в рамках официальной государственной идеологии, психотерапия в своем развитии в основном опиралась на биологическую по происхождению психофизиологическую концепцию неврозов. В этот период в СССР впервые появилась новая врачебная специальность – психотерапевт. В перестроечный и постперестроечный период происходит широкое знакомство специалистов и непрофессионалов с множеством зарубежных теорий и концепций психологии и психотерапии, которые тут же начинают применяться на практике. Основной проблемой этого периода является неадаптированность применяемых психотерапевтических практик и теорий личности к российской социокультурной реальности. Низкая эффективность получаемых результатов объяснялась при этом психологической «неграмотностью и неготовностью» населения.

В середине 1990-х гг., на фоне кардинальной трансформации политико-экономической системы страны, сопровождавшейся повсеместным ростом социального напряжения, Минздравом России был сделан серьезный и важный шаг в пользу развития системы психотерапии, чему послужила серия нормативных актов, обосновывающих возможность создания в стране стройной системы психотерапевтической и психологической помощи. Результаты не замедлили сказаться – во многих регионах России начала складываться система эффективной многоуровневой государственной психотерапевтической помощи.

Однако этот период не был долговременным. Реформирование социально-экономической системы страны с ориентацией на «мировой опыт» и рыночные отношения постепенно сводит на нет все имевшиеся за последние десятилетия успехи в развитии психотерапии. Ситуация складывается таким образом, что психотерапия как вид медицинской помощи просто оказывается «не у дел». С одной стороны, усиливается экономический пресс фармацевтического бизнеса, под влиянием которого медицинская помощь больным с любыми психическими расстройствами оказывается в первую очередь фармакологическими средствами (после которых речь о психотерапии уже не встает). С другой стороны многие вопросы психосоциальной реабилитации на практике все больше связываются с решением конкретных социальных проблем пациента.

В такой ситуации, остро стоит проблема с притоком молодых кадров, т.к. поработав в чисто фармакологическом ключе, врач едва ли вернется к собственно психотерапевтической деятельности. Если такое происходит, то, как правило, исключительно с ориентацией на частную практику, где цели и задачи психотерапии нередко формулируются по-другому. Таким образом государственная система психотерапевтической помощи лишается новых кадров, а работающие специалисты все более начинают ориентироваться на фармакотерапию, постепенно трансформируясь в «психотерапевтически ориентированных психиатров».

Не случится ли в ближайшее время, что практикующие врачи-психотерапевты просто исчезнут, а их место займут психиатры и психологи? И вообще, может ли психотерапия быть не только частной, но и государственной, т.е. доступной для всего населения? Ответы на эти вопросы даст только время.

Николаев Е. Л., Орлов Ф. В.

Чувашский государственный университет, Чебоксары, Россия

Цефалгия как психосоматическая проблема на приеме психотерапевта

Для изучения клинических особенностей головной боли в рамках нозологических групп психических расстройств и их взаимосвязи проведен сравнительный

анализ 181 случая. Все больные предъявляли жалобы как на головную боль, так и на нарушения в психоэмоциональной сфере. При этом у трети больных (31,5%) основной жалобой было наличие только головной боли, большинство больных (68,5%), кроме цефалгии, предъявляли жалобы на психоэмоциональное состояние. Многим приходилось обращаться за помощью к терапевтам, неврологам, у которых основной мишенью лечения была цефалгия. Рекомендации обратиться за консультацией к психотерапевту больными нередко игнорировались из-за опасений получить статус психически больного, что негативно оценивается в обществе. В результате больные не получали своевременную адекватную и эффективную помощь. Среди обратившихся к психотерапевту 75,7% больных безрезультатно лечились у терапевта или невролога по месту жительства. Лечение изолированной головной боли при недооценке степени психических нарушений не было успешным. И только возрастание интенсивности головной боли, увеличение ее частоты, в некоторых случаях осознание ее связи с нервно-психическим напряжением приводили таких больных на прием к психотерапевту, психиатру.

Среди факторов, способствовавших развитию заболевания, большинство обследованных (66,5%) отметило психогению. Психотравмирующие воздействия были семейного, производственного, личностного плана. Основной сферой возникновения психотравмирующей ситуации была семейная. На возникновение психотравмирующей ситуации в семье указали треть больных (59 чел.), преимущественно женщины (47 чел.). Конфликтные отношения поддерживались между супругами или совместно проживающими родственниками одного из супругов, в ряде случаев натянутые отношения были со всеми членами семьи. Значительное место занимала психотравмирующая ситуация, возникающая в сфере профессиональной деятельности (в 33 случаях). С социальными условиями связывали свое состояние 19 чел. Причину психической травмы видели в своих внутриличностных проблемах 22 чел.; 16 чел. связали заболевание с переживаниями после смерти близких, четверо – с заболеванием родственников. Экзогенно-органические факторы развития заболевания выявлены в 18,0% случаев. Из перенесенных заболеваний больные часто отмечали черепно-мозговые травмы, заболевания сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой систем. В 15,5% больные не могли указать факторы развития головной боли, или связать ее возникновение с определенными факторами. Наследственная психопатологическая отягощенность присутствовала у больных с невротическими расстройствами в 3,0, шизотипическими расстройствами – 38,0, хроническими аффективными расстройствами и легкими депрессивными эпизодами – 27,8, психическими расстройствами вследствие дисфункции головного мозга и посткоммоционного синдрома – 6,2 % случаев.

Таким образом, в генезе цефалгии при психических расстройствах четко прослеживается весомый вклад психосоматических факторов, что позволяет рассматривать цефалгию с позиций психосоматического подхода и рекомендовать соответствующие терапевтические подходы.

Орлов Ф. В., Николаев Е. Л., Голенков А. В.
Чувашский государственный университет, Чебоксары, Россия

Психофизические и психопатологические корреляты в диагностике цефалгии

Пациенты с головной болью имеют очень сложное психофизическое состояние. Как попытки лечить больных, страдающих той или иной формой цефалгии, зачастую оказываются совершенно несостоятельными, так и полноценное понимание телесных симптомов невозможно только лишь в пределах их психопатологической квалификации. Неэффективность проведенной терапии свидетельствует об участии других механизмов головной боли. Связь цефалгии с психогенией, а также данные психологического исследования свидетельствуют о нервно-психической обусловленности головной боли. В дальнейшем происходит постепенное усиление выраженности цефалгии, обростание ее невротической симптоматикой. В процессе диагностики оказывается важным не столько сопоставление психических и соматических нарушений, сколько определение характерных признаков, выявление особенностей сочетания головной боли с невротическими расстройствами.

В проведенном исследовании 181 больного цефалгия сопровождалась психопатологическими нарушениями, прежде всего депрессивными – 22,6, тревожными – 14,3, астеническими – 11,0, сенестоипохондрическими – 8,9% и другого характера расстройствами. Из симптомов, сопровождающих головную боль, у лиц с психическим расстройством в целом преобладали слабость (56,9%), нарушение сна (45,9%), часто – снижение аппетита, редко – головокружение, тошнота.

Обнаруживалась связь головной боли с нарушениями в шейном отделе позвоночника. Те или иные костно-суставные изменения позвоночника диагностировались у 49,7% больных в шейном, у 23,2 – в грудном, у 8,3 – в поясничном отделах позвоночника. У 26,0% больных обнаружены функциональные блокады в шейно-затылочном переходе. Пальпаторно определялись болезненные мышечные уплотнения в трапециевидных мышцах в 55,8, в подзатылочной группе мышц – в 38,1, в надчерепном апоневрозе – в 22,7% случаев. При рентгенографическом исследовании шейного отдела позвоночника признаки остеохондроза были выявлены в 27,6% случаев.

РЭГ-изменения выявлялись у более половины исследованных больных: в 21,6% случаев повышение тонуса церебральных сосудов, в 30,9% – снижение тонуса и затруднение венозного оттока. Объем кровотока определялся в пределах нормы. Снижение эластичности артерий выявлено у 6,6% обследованных больных.

В большинстве случаев исследование окулистом глазного дна грубых изменений не выявляло. У больных определялась ангиопатия (32,6%), ангиоспазм (9,4%). Колебания артериального давления с тенденцией к гипертонии отмечены у 24,3% больных, к гипотонии – у 8,3.

При эхоэнцефалографии показатели М-эхо не превышали физиологической нормы. Лишь несколько больных имели повышение амплитуды эхо-пульсаций, дополнительные эхо-сигналы. При электроэнцефалографии наряду с нормальными электроэнцефалограммами обнаруживаются легкие и умеренно выраженные общемозговые изменения.

Таким образом, психофизические изменения в состоянии организма сопровождаются при цефалгии появлением психопатологической симптоматики преимущественно астено-депрессивного спектра, что диктует необходимость комплексной терапии головной боли.

Петров В. И., Когутенко Н. Н., Чергерова Т. И.
Исправительное учреждение «Тюрьма №4», Могилев

Клинические формы и признаки расстройств адаптации у осужденных

Существует множество разнообразных экстремальных характеристик пенитенциарного быта, восприятие которых осужденными может быть различным. С целью изучения этого вопроса нами была создана «Шкала оценки эмоциональной значимости различных психотравмирующих факторов пенитенциарного быта для осужденных, отбывающих наказание в ИУ» (включает 40 факторов) [1]. Было протестировано 90 осужденных ИУ «Тюрьма № 4». Психотравмирующее влияние каждого фактора оценивалось в баллах, которые соответственно означали: 0 – не влияет; 1 – влияет немного; 2 – умеренно; 3 балла - сильно; 4 – чрезвычайно сильно.

Для оценки влияния каждого фактора на эмоциональное состояние осужденного они были разделены на чрезвычайно значимые, значимые и менее значимые по признаку удельного веса «набранной фактором» суммы баллов у всех осужденных в максимально возможном их количестве К примеру в 360 баллах при обследовании группы из 90 человек (90 чел. x 4 = 360 баллов). Тогда условное разделение психотравмирующих факторов (в %) стало выглядеть следующим образом: чрезвычайно значимые (75,0% – 100,0%); значимые (50,0% – 75,0%); менее значимые (0% - 50,0%).

Оценка полученных данных показала, что по признаку значимости 40 изучаемых факторов шкалы распределились следующим образом: чрезвычайно значимые - 10, значимые – 25 и менее значимые – 5. К чрезвычайно значимым факторам пенитенциарного пребывания (в количестве 10) относились: неприятные сообщения осужденному о болезнях или смерти близких родственников (94,4%), возможность заражения актуальными инфекциями (88,9%), редкие известия осужденному из дома или их отсутствие (86,4%), социальная изоляция (85,6%), ухудшение пенитенциарной перспективы (82,2%), возможность сексуального насилия (81,4%), отказ от возмож-

ного пересмотра установленного наказания в сторону уменьшения (80,3%), территориальная изоляция (78,6%), ограничение свободы в виде групповой изоляции (76,4%), отсутствие перспективы быстрого выхода на свободу (76,1%). Они же были систематизированы в три общих совокупных признака, обладающих максимальным психотравмирующим действием на осужденных: опасения за благополучие родных и близких; переживания за возможное ухудшение своего состояния здоровья; негативные эмоции, связанные с ухудшением пенитенциарной перспективы.

Для большей наглядности оценки полученных результатов все факторы пенитенциарного быта были разделены на 5 блоков, отражающих один общий совокупный признак содержания в ИУ: «криминальные соседи», «коммуникация с внешним миром», «пенитенциарная изоляция», «коммуникация с администрацией ИУ», «судопроизводство и пенитенциарная перспектива».

■ ВЫВОДЫ

1. Использованная шкала является приемлемым диагностическим инструментом для оценки осужденными значимости для них психотравмирующих факторов мест лишения свободы.
2. Блок психотравмирующих факторов «Коммуникация с внешним миром» обладает максимальным психотравмирующим влиянием на осужденных.
3. Систематизация психотравмирующих факторов пенитенциарного быта может помочь в разработке алгоритмов действий персонала исправительного учреждения по коррекции расстройств адаптации у осужденных.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Петров В.И. Пенитенциарный стресс: психотравмирующие факторы и возможность их реабилитационной коррекции у контингента исправительных учреждений. Инструкция по применению. ДИН МВД Республики Беларусь. Минск. 2006. – 55 с.

Раковская Н. В.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Влияние личностных факторов пациента на показатели субъективной удовлетворенности лечением у психически больных в психиатрическом стационаре

Проблема субъективной удовлетворенности результатами лечения у психически больных является одной из сложных и важных в современной психиатрии.

Она требует пристального внимания исследователей и практических врачей, т. к. является неотъемлемым показателем как качества медицинской помощи, так и качества жизни пациента в целом. Клиническая значимость этого параметра обусловлена его влиянием на комплаенс, а следовательно, результаты лечения и дальнейшее течение болезни.

Удовлетворенность пациента полученным лечением находится под влиянием множества факторов, трудно поддающихся оценке и прогнозированию. Установлено, что она не всегда имеет прямую взаимосвязь с объективным качеством и результатами лечения.

Нами проведено предварительное исследование с целью установления взаимосвязи между уровнем субъективной удовлетворенности лечением больных в психиатрическом стационаре и личностными особенностями пациентов. Для проведения исследования использованы методики CPQ (16-факторный личностный тест Кеттелла), SVF (тест диагностики копинг-стратегий W.Jank, G.Erdmann, W.Kallus), шкала личного и общественного функционирования (PSP), тест субъективной удовлетворенности лечением психически больных, разработанный в НИПНИ имени В.М.Бехтерева в 2007г. Обследовано 65 пациентов: 42 женщины (64,5%) и 35 мужчин (35,5%) в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст 26 лет), соответствующих диагностическим критериям МКБ-10 F20, F21, F25.

В результате проведенного анализа данных выявлены следующие статистически значимые взаимосвязи:

- При анализе социо- демографических данных установлено, что высокие показатели СУЛ (более 90 баллов) достоверно чаще встречаются у женщин. 59% обследованных женщин и лишь 41% мужчин вошли в данную группу пациентов.
- Выявлена статистически значимая корреляция ($p < 0,05$) с уровнем личного и общественного функционирования (шкала PSP).
- Положительные корреляции с уровнем СУЛ ($p < 0,05$) имеют такие личностные факторы, как высокая самооценка (фактор MD по Кеттеллу), активность социального общения (фактор H), уровень развития воображения (фактор M). Высокие показатели, по факторам тревожности (O, Q4, L), а также более низкие показатели по шкале интеллекта (фактор V) связаны с высоким уровнем стигматизации пациентов.
- Выявлена положительная взаимосвязь между удовлетворенностью лечением и наличием активно-продуктивных копинг- стратегий в поведении больных («поиск альтернативного самоутверждения», «попытки контролировать ситуацию», «подбадривание себя»), а также отрицательная корреляция с пассивно-зависимыми стратегиями («тенденции бегства», «мыслительное застревание», «социальная инкапсуляция», «отчаяние», «сострадание к себе»).

Приведенные данные могут быть использованы для ориентировочного прогнозирования сложностей в достижении желаемого уровня субъективной удо-

влетворенности лечением у больных, а также для планирования психотерапевтической работы по коррекции нежелательных копинг-стратегий пациентов.

Решетников М. М.

Восточно-Европейский институт психоанализа, Санкт-Петербург, Россия

Психология выживших в катастрофе

Накануне этого съезда мне было предложено сделать краткий доклад о состоянии и перспективах развития экстремальной психологии. К сожалению, у меня не было возможности осмыслить такую серьезную тему за краткий период времени, поэтому лишь в заключение попытаюсь коснуться некоторых аспектов этой важнейшей проблемы. А основное внимание будет уделено практическим вопросам деятельности психологических служб, и преимущественно – на примере аварии на Саяно-Шушенской ГЭС (17.08.2009).

Проблема выживших в условиях катастроф до последнего времени рассматривалась, преимущественно, как сугубо психологическая или гуманитарная. Изучались вопросы социально-психологической поддержки этих категорий населения, их реабилитации и реадaptации. Имеющая не так много исторических аналогов катастрофа на Саяно-Шушенской ГЭС настоятельно требует пересмотра этих традиционных подходов.

Возможно, излагаемая позиция кому-то покажется недостаточно деликатной, так как в моем кратком сообщении речь пойдет о той потенциальной угрозе, которую представляют не только выжившие в катастрофе, но и те сотрудники руководящего состава и специалисты обеспечения ГЭС, которые в этот день были вне объекта и даже вне данного региона.

Вначале упомяну о чрезвычайно значимой специфике ситуации. В отличие от авиационных, железнодорожных или иных катастроф, весь персонал ГЭС является не разрозненной группой людей - случайно оказавшихся вместе «в нехорошем месте в недобрый час», а составляют неотъемлемую часть погибших¹, с которыми они были связаны многолетними профессиональными, дружескими и родственными узами.

Вторая специфика. Учитывая сложность этого технического объекта, квалификацию сотрудников и ряд дополнительных экономических составляющих, нет никакой возможности одномоментной замены всех тех, кто по счастливой случайности в этот день не был задействован, и все эти люди продолжают функциониро-

¹ Фрейд З. Исследования истерии / Пер. с нем. С.Панкова; науч. ред. М.Решетникова и В.Мазина // Фрейд З. Собр. Соч. в 26 томах. - Том 1. - СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. - стр. 20.

вать в качестве операторов различного уровня, включая высшее звено, на том же техническом объекте повышенной опасности.

А полученные психические травмы развиваются по стандартному сценарию. Я не думаю, что есть необходимость напоминать уже ставшие классическими и выдержавшие проверку временем научные положения о психических травмах. Они хорошо известны, но нередко весьма значимыми аспектами этиологии и патогенеза посттравматических расстройств – в силу тех или иных причин – пренебрегается. В частности, мной имеется в виду то, что психотравмирующее воздействие «может оказать любое событие, которое вызывает мучительное чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли...»⁶. Однако мне хотелось бы особенно подчеркнуть, что именно чувства вины и стыда являются самыми патогенными, особенно, для тех, кто выжил или избежал опасности. К типичным проявлениям посттравматического расстройства при этом добавляется ощущение, что эта «вторая», доставшаяся по некоему счастливому жребию, жизнь, не так уж ценна, что проявляется в пренебрежении к состоянию психического и физического здоровья, в склонности к депрессиям, алкоголизации, наркомании, экстремальному поведению и т.д. А любые негативные высказывания в адрес погибших (включая признание, что именно их ошибки стали причиной трагедии) могут провоцировать ярко выраженные эксплозивные реакции (проявляющиеся в индивидуальном или групповом варианте).

Реакция на психическую травму имеет очень широкий диапазон отреагирования: от немедленного развития яркой психопатологии до ее стертых и вялотекущих форм, включая варианты отставленного эффекта – «вдруг» проявляющегося через многие годы и даже десятилетия в форме тяжелых психических расстройств.

Приведу одно из описаний реакций на психическую травму, когда у человека нет никаких повреждений, и он мог быть только свидетелем, а не участником тех или иных трагических событий. Это описание дал один из классиков современной психиатрии Эмиль Крепелин еще в 1900 году⁶.

«За последние десятилетия выяснилось, что не только после тяжелых, но и после совсем незначительных несчастных случаев, иногда даже без того, чтобы имело место поранение, могут остаться постоянные, даже с течением времени усиливающиеся расстройства, которые, в общем, представляют из себя смесь подавленности, плаксивости и слабости с неприятными ощущениями, болями и расстройством движений. Головные боли, чувство головокружения, слабость, дрожание, напряженность мышц, неуверенность движений..., расстройства походки, необычные неприятные ощущения и боли всякого рода мешают ему [больному] постоянно... Настроение подавленное, плаксивое или угрюмое, раздраженное. К сильному напряжению воли больные не способны, очень быстро устают при всяком задании, и малодушно прекращают свои попытки после безуспешных усилий».

Вряд ли уместно повторять известные положения о периодах «собственной работы горя», также как и описывать клинику и стадии развития посттравматического психического расстройства². Они хорошо известны специалистам.

Но, возвращаясь к недавним событиям, мне представляется целесообразным напомнить, что речь идет не о нескольких счастливых, выживших в условиях катастрофы, а обо всем персонале ГЭС. Относится ли сказанное к каждому из них? Безусловно, нет. Мы знаем, что вероятность развития ПТСР у перенесших психическую травму, по данным различных авторов, составляет от 10 до 50%. При этом у 40% от последней группы обычно наблюдается прогрессивное (то есть – «инкурабельное») течение ПТСР. Еще от 10 до 20% посттравматических пациентов составляют лица с интермитирующим течением³ и отсроченным началом. Добавим к этому, что кроме мучительных для личности симптомов (продолжительного душевного страдания), ПТСР сопровождается существенным снижением уровня интеллектуальных и сенсомоторных функций, объема и качества внимания и памяти (по всем упомянутым показателям – на 40-60%). Все это приводит к резкому падению эффективности любой деятельности, росту ошибочных реакций и аварийности (в среднем – в 2-3 раза).

Безусловно, это предполагает необходимость усиленного внимания к состоянию психологической сферы и систематического контроля за уровнем профессиональной пригодности всех участников подобных событий. Применительно к рассматриваемой ситуации, нет сомнений, что собственные психологические службы всех ГЭС и АЭС озадачены и озабочены этой проблемой. Только при этом вряд ли учитывается, что и сами сотрудники этих психологических служб также принадлежат к той же категории лиц, перенесших тяжелейшую психическую травму, и связаны с теми, кого они по долгу службы должны обследовать, наблюдать и выявлять непригодных, самыми тесными корпоративными (в прямом смысле – кровными) узлами. Здесь даже нет смысла упоминать о таких «малозначимых» (для обыденной жизни) факторах, как всегда существовавшая высокая уязвимость объективности таких психологических служб, особенно относительно руководителей высшего звена, которым они подчинены и от которых зависят.

Говоря об этих руководителях, целесообразно еще раз подчеркнуть их особую роль и чрезвычайно важную специфику: именно они несут самый значительный груз ответственности, в том числе – окрашенный виной за то, что не смогли предвидеть или предотвратить⁴; от них гораздо более, чем от всех остальных, зависит эффективность и слаженность работ по ликвидации аварии; они, также как и все

² Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Пер. с нем. – М.: Народный комиссариат здравоохранения, 1923. – 458 с.

³ См. Решетников М.М. Психическая травма. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. – 322 с.

⁴ То есть – не поддающееся лечению.

остальные – относятся к категории лиц, перенесших психическую травму с высокой вероятностью развития посттравматической психопатологии; они же традиционно оставались и остаются вне какого-либо психологического контроля и сопровождения.

Вывод, который напрашивается, достаточно ясен. Для всех подобных технических и энергетических систем повышенной опасности требуется *внешняя* психологическая служба. С единым руководством и прямым подчинением главному центру, никак не связанному с теми структурами, где действуют подразделения этой психологической службы. За последние десятилетия в стране сформировались десятки новых психологических служб: МЧС РФ, МО РФ, МВД РФ, ГУИН, Федеральной таможенной службы, множество разрозненных служб ГЭС и АЭС и т.д. Количество действующих в стране психологов на сегодняшний день сравнимо с общим объемом персонала в системе здравоохранения. Но по-прежнему нет их единого центра, нет единого методического руководства, нет стандартов подготовки и переподготовки специалистов, нет единого инструментария и каких-либо унифицированных критериев оценки состояния и профессиональной пригодности тех людей, безопасность деятельности которых (для себя и для других, иногда – десятков тысяч других) эти психологи призваны обеспечивать. А кроме того – нет адекватного контакта с психиатрами, которые, в отличие от психологов, имеют право на установление диагноза и обоснование противопоказаний к занятиям тем или иным видам деятельности.

Рубахова В. М., Михадюк Е. П.
Институт физиологии НАН Беларуси, Минск

Основы контроля равновесия у пациентов с нарушением центральной гемодинамики, отягощенных повышенным уровнем тревожности

Реабилитационные тренажеры с биологической обратной связью применяются в настоящее время для восстановления нарушенной функции равновесия, например, у больных с инфарктами мозга, гемипарезами и др. Кроме того, они используются для оперативной оценки психофизиологического состояния человека. Разработка восстановления нарушенного контроля статических рефлексов у пациентов после нарушения кровоснабжения головного мозга различной степени тяжести с повышенным уровнем тревожности и определила цель исследования.

Работа выполнена на базе 3 и 5 неврологических отделений 5-й клинической больницы г. Минска. Исследование осуществляли на компьютеризированной стабیلлографической платформе с помощью предложенного сотрудниками лаборато-

рии психонейрофизиологии и онкогенеза Института физиологии НАНБ метода количественной оценки степени нарушения статических рефлексов и их коррекции. Анализировали процесс поддержания человеком вертикальной позы, который определяется психофизиологическим и функциональным состоянием многих систем организма. Суть стабิโลграфических реабилитационных методик сводилась к тренировке двигательных навыков у пациентов.

Впервые проведено систематическое обследование и коррекция нарушенных функций контроля равновесия у 16 пациентов (средний возраст 56,3 года) с различными степенями недостаточности кровоснабжения головного мозга, отягощенных повышенным уровнем тревожности. Известно, что тревога встречается при многих соматических заболеваниях. Поэтому неудивительно, что такая сложная патология, как инфаркт мозга сопровождается тревожностью. В процессе обследования выяснено, что лица перенесшие нарушение мозгового кровообращения и имеющие повышенный или высокий уровень тревожности менее эффективно поддаются обучению, чаще отмечают чувство дискомфорта, повышенной утомляемости, проявляют сомнения в своем выздоровлении.

В случае длительного сохранения тревожности, несмотря на все виды проводимой терапии, можно рекомендовать врачам изменить схему лечения, объяснить больному суть происходящего, повысить его уверенность в себе, изменить поведенческие стереотипы или дополнительно обследовать пациента. Для углубленного представления о причинах уровня контроля статических рефлексов у лиц с нарушением центральной гемодинамики с повышенным уровнем тревожности целесообразно четко сопоставлять данные о конкретном заболевании мозга, психофизиологическом состоянии пациента со способностью контролировать равновесие на стабิโลграфической платформе.

Наблюдения в клинике показали, что улучшение функции равновесия в процессе занятий на стабิโลграфической платформе сопровождается снижением уровня тревожности у пациентов.

Савик О. И., Копытов А. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Психобиологические особенности у лиц с кардиологической патологией

При проведении клинико-психопатологических исследований все большее значение придается роли соматической кардиальной патологии (С.В.Иванов, 2002; А.Б.Смулевич, 2005). В последние годы возрос интерес к проблеме взаимосвязи сердечно-сосудистых заболеваний и депрессивных, тревожных расстройств,

что обусловлено их широкой распространенностью и социальной значимостью (P.A.Shapiro, 2005; В.Н.Краснов, 2002; R.M.Carney, 2004, 2005; А.Л.Сыркин, 2003; А.Н.Glassman et al., 2002; D.S.Sheps, D.S.Sheffield, 2001; P.G.Surtees, 2008). Были проведены обширные исследования, подтверждающие наличие взаимосвязи между заболеваниями, ассоциируемыми с нарушением обмена холестерина, в том числе ишемической болезнью сердца (ИБС) и инфарктом миокарда, и агрессивными формами поведения (Alsheikh-Ali A.A., 2007).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При обследовании 30 пациентов с кардиологической патологией, находящихся на лечении в кардиологических отделениях стационаров г. Минска выявлено влияние типологических свойств личности и индивидуальной чувствительности к стрессу на формирование сердечно-сосудистых заболеваний. У пациентов с ИБС имеется наследственная отягощенность аффективными заболеваниями, наличие признаков невропатической конституции, астенические, невротические, аффективные расстройства в анамнезе, доминирование таких личностных черт, как астенические, истерические, наличие и выраженность алекситимии.

Получены данные, подтверждающие наличие депрессивных и тревожных расстройств у пациентов с кардиальной патологией, а также предрасположенность данного контингента к их развитию. Наличие депрессии существенно ухудшает комплаенс в отношении терапии сердечно-сосудистой патологии, снижает качество жизни и социальную адаптацию, влияет на показатели течения ИБС в постинфарктном периоде и приводит к более ранней и повышенной смертности.

Повышенный уровень общего холестерина и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) как главной транспортной формы холестерина, относят к ведущим факторам риска ишемической болезни сердца. Однако, низкий уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) является самостоятельным фактором риска атеросклероза, тогда как высокий уровень ЛПВП оказывает защитное действие. При гипохолестеремии высок риск депрессии, агрессивного, импульсивного поведения (характерно для людей с естественно низким уровнем холестерина в крови и для принимающих лекарственные средства для его снижения). В регуляции агрессивного поведения участвует нейромедиатор серотонин: снижение уровня холестерина в крови может привести к снижению серотонинергической активности в головном мозге, что в свою очередь может способствовать росту агрессивности. Имеются связи между снижением уровня липидов с риском повышения печеночных ферментов, побочных эффектах сочетанной терапии статинами и лекарственными средствами, снижающими уровень глюкозы.

Савик О. И., Копытов А. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Характеристика личностных особенностей контингента ОИТР

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Сравнить психологические феномены у различного контингента лиц, находящихся на лечении в ОИТР.

Задачи исследования: изучить психологические и психопатологические особенности у лиц, находящихся на лечении в ОИТР, произвести сравнительный анализ результатов. На основании полученных данных предложить рекомендации по курации.

Объект исследования: 68 человек с различной соматической патологией, проходившие лечение в ОИТР 9 ГКБ г. Минска. Исследуемые пациенты условно разделены на три группы: 1) группа пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИБ) – 30,9 %; 2) группа парасуицидентов (ПС) – 30,9 %; 3) другие соматические заболевания (декомпенсация заболеваний, травмы и др.) – 38,9 %.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Характерологический опросник Леонгарда-Шмишека; Опросник качества жизни SF-36 (RAND 36-item Health Survey (Version 1.0)); Шкала самооценки тревоги Спилбергера-Ханина (STAI); Опросник общего здоровья (GHQ-28); Шкала суицидальных мыслей (SIS) – Suicide Scale for Ideators, A.T. Beck, 1979; Шкала суицидальных интенций (SIS); Шкала безнадежности – Hopelessness Scale, Beck et al. 1974; Самооценка уровня здоровья и счастья по шкале Лайкерта; Статистическая обработка с помощью программы SPSS 13.0.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Выделены социально-психологические факторы риска:
 - а) инфаркта миокарда: мужской пол с тенденцией к гипертимной, эмотивной, демонстративной акцентуациям, наличие высшего образования, состоящие в браке, средний возраст – 54,67 лет;
 - б) совершения парасуицида – женский пол с экзальтированной, циклотимной, демонстративной акцентуациями, среднее образование, не состоящие в браке, средний возраст – 34,94 лет;
2. группа ИБ характеризуется наличием анозогнозии и диссоциации между объективной и субъективной оценкой своего состояния;
3. в группе ПС высока тревога и низкие показатели уровня счастья (самооценка счастья больными не зависит от типа акцентуаций), что дает право судить о некоторых личностных чертах данного контингента и должно учитываться при курации;

4. пребывание в ОИТР для больных является стрессовой ситуацией, вызывающей, наряду с имеющейся соматической патологией, изменения в психическом состоянии;
 5. пациентам необходима психологическая коррекция и реабилитация, соответствующая их психопатологическому статусу, что возможно при осуществлении совместной курации врачом-реаниматологом и специалистом по психическому здоровью либо консультировании ОИТР психотерапевтом.
-

Селезнев А. А.

УО «Барановичский государственный университет», Барановичи

Образование, ориентированное на взаимосвязь психологической культуры и психологического здоровья личности

Психологическое здоровье учащейся молодежи является актуальным объектом исследования в контексте методологии и стратегии профессионального образования III тысячелетия. Значительные финансовые затраты государства на подготовку высококлассных специалистов могут окупиться только при условии их успешной и многолетней профессиональной деятельности. Современный этап развития общества характеризуется ростом насилия, преступности, наркомании среди молодых людей, поэтому установление взаимосвязи психологической культуры и психологического здоровья учащейся молодежи приобретает практическое значение для решения современных задач педагогической психологии, направленных на обеспечение здоровья и профессиональной мобильности будущего специалиста. Необходимо отметить, что понятия «психологическая культура личности» и «психологическое здоровье личности» появились в психологических работах сравнительно недавно и их верификация еще не завершена. Психологическая культура учащегося – интегративное психическое образование, основными компонентами которого являются рефлексивно-перцептивный, когнитивный, аффективный, волевой, коммуникативный, ценностно-смысловой. Психологическая культура личности посредством житейских и научных психологических знаний определяет самопознание и самовоспитание. Содержание, взаимосвязь и соотношение компонентов психологической культуры будущего специалиста зависят от содержания психологического образования и организации психологического сопровождения образовательного процесса. Психологическое здоровье учащегося – интегративная характеристика развития личности, ее самоактуализации и самореализации в процессе социальной адаптации, индивидуализации и интеграции. Взаимосвязь психологической культуры и психологического здоровья личности проявляет себя в двух пространствах существования человека – внутриличност-

ном и межличностном, направлена на обеспечение психической саморегуляции, социализации и самореализации, решение личностных и профессиональных задач будущего специалиста. Основными функциями психологического здоровья личности являются: рефлексивно-гармонизирующая (обеспечение гармонии собственного мира индивидуума – субъективного мира самосознания, уравновешенности и духовной автономии); коммуникативно-гармонизирующая (обеспечение гармонии мира общения – социального мира, гуманизация межличностных, профессиональных отношений, социализация личности); психофизиологическая (обеспечение гармонии с миром природы); актуализирующая (самопознание, самоактуализация, самореализация творческого, духовно-нравственного потенциала, смысла жизни); психокорректирующая (управление психической деятельностью в условиях стресса); психосинтезирующая (создание личностной целостности на базе формирования более широкой структуры отношений в психике человека, сохранение чувства индивидуальности на уровне всеобщности, где личные планы и интересы перекрываются более широким взглядом на целое, реализация трансперсонального Я). Здоровьесберегающий подход к оценке качества образования должен стать одним из приоритетных. Предметом педагогической психологии здоровья должны стать механизмы и закономерности влияния психологической культуры на улучшение психологического здоровья личности в условиях образовательного процесса.

Сергеева Т.Ф., Штин А.В., Лисковский О.В.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск

Эрготерапия как одна из форм психосоциальной реабилитации в условиях краткосрочной госпитализации

Социальный прогноз психических больных – первостепенная задача психиатрии, поэтому важна интеграция комплекса психосоциальных воздействий в системе психиатрической помощи. Это групповые методы работы, мультидисциплинарные бригады, сообщества, терапия средой, терапия занятостью (эрготерапия).

Эрготерапия (ЭТ) базируется на медицинских и социальных научных фактах, доказывающих, что целенаправленная деятельность улучшает функциональные возможности пациента: двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические. ЭТ рекомендована для людей любого возраста, страдающих двигательными, сенсомоторными расстройствами, нарушениями восприятия и/или психосоциальными недостатками. ЭТ используется для профилактики хронических заболеваний, восстановления и развития психосоциальных функций, ускорения выздоровления, восстановления работоспособности, социальной адаптации. Занятость (ЭТ) разделяется на: активность в повседневной жизни, активность в работе и про-

дуктивной деятельности, активность в игре, отдыхе, увлечениях. Понятие «занятость» характеризует различные виды деятельности, встречающиеся в жизни человека и придающие ей смысл, а нарушение когнитивных и психических функций у больного влияет на выполнение деятельности в нужном объеме и определенном порядке. В стационаре ЭТ подразделяется на: внутриотделенческую терапию - терапия средой, ежедневная активность, культурно-массовые мероприятия, работа с родственниками, этика и деонтология, организация свободного выхода, распорядок дня, режимы наблюдения и реабилитационные режимы; ЭТ вне отделения - лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение, трудотерапия; занятость в отделении реабилитации (ОР) - психообразование, социально-бытовые тренинги, терапия творчеством, духовная поддержка. Образование пациентов – процесс обучения с использованием методов преподавания, консультирования, техники модификации поведения. Тренинг социальных и бытовых навыков направлен на коррекцию дефекта навыков, отдельных элементов поведения. Терапия творчеством ориентирована на внутренний потенциал здоровья и силы пациента со свойственными ему способами исцеления и гармонизации.

На пациента заполняется карта по установленной форме с указанием реабилитационного диагноза, цели направления на эрготерапию и проведенной начальной оценкой функционального состояния пациента. Пациенту объясняют порядок совместной деятельности, определяют задачи и меру ответственности за процесс лечения. Пациент получает информацию о правилах поведения и внутреннего распорядка ОР. По окончании терапии функциональное состояние пациента оценивается по 8-балльной шкале динамики изменения личности больного. Анализ эффективности эрготерапии при сравнении результатов функционального состояния пациентов, прошедших курс эрготерапии, на момент начала занятий и на завершении терапии дает улучшение приблизительно у 60%. Для оказания эффективной помощи надо менять представление о потребностях людей с психическими нарушениями; учиться воспринимать их в целостном контексте с их жизненными ценностями; учитывать влияние среды на функционирование; использовать индивидуальный подход; на всех этапах психосоциальной реабилитации участие профессионалов.

Сироткина Е. А., Карпеко И. К., Вальчук Э. Э.

ГУ «Республиканская больница медицинской реабилитации «Городище», Минск

Психотерапевтические аспекты медицинской реабилитации при онкологических заболеваниях

Одной из актуальных социальных проблем наших дней являются онкологические заболевания. Сейчас эта патология стоит на втором месте после сердечно-сосудистых заболеваний среди причин смерти населения.

Общим явлением для всех онкологических больных, в т. ч. и радикально излеченных и инвалидов, можно считать наличие функциональных нарушений нервной системы, как следствие тяжелого эмоционального стресса, вызванного получением информации об опухолевом характере заболевания, пребыванием в специализированном стационаре, последствиями обширных операций, иногда носящих калечащий характер, а также длительными курсами химиогормонотерапии и лучевой терапии. Кроме того, сама лекарственная терапия опухолей и лучевая терапия могут вызвать вегето-дистонические и астенические реакции. Психотерапия является обязательным компонентом индивидуальной программы медицинской реабилитации онкологического больного. Имеющиеся в мировой научной литературе сведения о влиянии психологического стресса на онкологических больных свидетельствуют, что не только течение заболевания, но и социально-психологическая реабилитация больного, возвращение его к активной полноценной жизни в семье и обществе, снижение риска повторного заболевания, во многом зависят от отношения человека к болезни, его душевного состояния, воли, активной позиции, направленной на борьбу с недугом. Сопутствующие психологическому стрессу отрицательные эмоции, отрешенность или депрессия могут усугубить течение болезни (в связи с особым психотравмирующим значением онкологической патологии более вероятно совершение суицидальных попыток). Одной из важных психологических проблем является проблема реакции личности на болезнь, от чего и зависит успех лечения. Общение между собой пациентов оказывает положительное влияние, т.к. никто так не понимает друг друга, как люди, объединенные схожими проблемами. Особую роль играет и внутрисемейная поддержка.

Основными принципами психотерапии онкологических больных является строгая индивидуализация подхода и выбора метода воздействия, а также сочетание психотерапевтической коррекции с психофармакотерапией, которая выступает в роли катализатора психотерапии. Наиболее эффективными являются методы рациональной и суггестивной психотерапии. Психотерапевтическая тактика данной категории больных в условиях отделений медицинской реабилитации нашей больницы направлена на выработку активного отношения к заболеванию, веру в выздоровление, надежду на «победу» над болезнью, на борьбу с пассивностью и пессимизмом. Обучение методам релаксации и саморегуляции позволяет больным все меньше нуждаться в поддерживающей седативной терапии и вполне обходиться без транквилизаторов. Кроме того, в работе с пациентами принимает участие и психолог (принцип котерапевта). При этом каждый вносит вклад в психокоррекционную работу со своих профессиональных позиций: психотерапевт обеспечивает клиническую диагностику и выполнение лечебной программы, психолог учитывает преимущественно личностный и межличностный аспекты отношений больного.

Таким образом, реабилитация онкологических больных – многоэтапный процесс, где на каждом этапе лечения, последующего наблюдения и жизни больного применяются определенные методы воздействия, которые позволяют возвращать больных к полноценной жизни и труду.

Скугаревская М. М., Обьедков В. Г.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Нейропсихологические особенности лиц группы риска развития шизофрении

Раннее выявление лиц с высоким риском развития психозов (шизофрении) может способствовать проведению своевременных профилактических и терапевтических вмешательств. В настоящее время активно разрабатываются критерии оценки состояний риска, препсихотических этапов шизофрении. К ним относятся генетическая предрасположенность, ослабленные позитивные и негативные симптомы, особенности социального функционирования. Однако предикторная значимость разработанных критериев недостаточно велика. Так, только у 20-40 % индивидумов с высоким риском развития психоза (по критериям Young с соавт., 2004) развивается явный психоз за 12 месячный период наблюдения. При использовании для оценки риска так называемых «базисных симптомов» (небольшие, субъективно ощущаемые нарушения в области ощущений, когний, волевых и моторных функций, энергетического потенциала и толерантности к стрессу) показатель перехода в шизофрению составляет около 70% в среднем за 9,6 лет наблюдения (Klosterkotter J., 2001).

Перспективной является оценка нейрокогнитивных особенностей как прогностических маркеров развития и течения шизофрении. Как известно, нейрокогнитивный дефицит характерен для больных шизофренией уже на ранних стадиях при первом эпизоде заболевания. К маркерам, отражающим уязвимость к шизофрении, относятся нарушения в ольфакторной идентификации, зрительно-пространственном функционировании, вербальной и пространственной памяти, исполнительских функциях и др.

Исполнительские функции стали изучаться относительно недавно при нейропсихологических исследованиях (Lezak, 1982). Они определяют когнитивные процессы высшего уровня, такие как планирование, гибкость познавательных процессов, контроль поведения. Общие показатели исполнительских функций дает Висконсинский тест сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test), в котором обследуемый должен обнаружить правила сортировки карточек в группы, следовать этим правилам и переключаться при изменении правила. Пациенты с шизофренией обычно хуже справляются с этим тестом, чем здоровые лица (достигают

меньшего количества категорий и имеют крайне высокий уровень персеверативных ошибок, которые отражают неспособность отойти от ранее правильного ответа при изменении задания после получения негативной обратной связи.

Критериями выделения пациентов в группу риска развития психоза (среди проходивших стационарное обследование по направлению призывных комиссий) было наличие «ослабленных негативных симптомов» по данным психологического исследования (измененность эмоционально-волевой сферы: неяркость реакций, формальность мышления, признаки искажения процессов мышления), шизоидные черты личности, нарушения социальной адаптации. Нейропсихологическое обследование прошли 16 пациентов, соответствующих вышеуказанным критериям, а также 11 здоровых лиц соответствующего возраста и пола. По результатам Висконсинского теста пациенты «группы риска» достигали статистически достоверно меньшего количества категорий при большем количестве предъявленных карточек, совершали больше ошибок (персеверативных и неперсеверативных), чем здоровые обследуемые ($p < 0,05$). Полученные данные говорят о перспективности исследования исполнительских функций как маркера «группы риска» развития психоза.

Толкач Е. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Структура внутриличностного конфликта и формирование взаимоотношений при соматизированном расстройстве

Соматоформные расстройства представляют собой достаточно новую диагностическую группу, интерес к которой вызван малым количеством исследований в этой области и трудностями, с которыми сталкиваются врачи при работе с такими пациентами. Психологический компонент соматоформных расстройств не всегда учитывается.

На базе психосоматического отделения 3-й ГКБ г. Гродно мы обследовали 82 пациента с диагнозом соматизированного расстройства. Целью обследования было изучение структуры внутриличностного конфликта и формирование взаимоотношений с окружением. В качестве диагностической методики была использована методика интерперсональных отношений Т. Лири.

При изучении Я-реального было выявлено 4 типа внутриличностных конфликтов, где 43% имеют конфликт между жесткостью и доброжелательностью, 37% между недоверчивостью и отзывчивостью, 23% пациентов между доминантностью и уступчивостью, а 13% между независимостью и зависимостью. В методике Т. Лири оценивались октанты выше 8 баллов. Они распределились следующим

образом. Самыми выраженными оказались: V октант (49%) - сверхступчивость, сверхпокорность, VI октант (45%) – зависимость, VII октант (41%) – сверхдоброжелательность и VIII октант (39%) – отзывчивость, сверхвеликодушие. Невыраженными остались IV (17%), I (16%), II (7%) и III (4%) октанты.

При изучении Я-идеального пациентов с соматизированным расстройством были получены следующие результаты. Самыми выраженными конфликтами, к которым стремятся пациенты оказались конфликт между жесткостью и доброжелательностью (26%), между независимостью и зависимостью (20%). Самыми выраженными октантами оказались VIII (77%) – сверхотзывчивость, I октант (57%) – сверхдоминантность, VII октант (56%) – сверхдоброжелательность и II октант (34%) – сверхнезависимость. Невыраженными остались III, IV, V и VI октанты (по 2%).

В результате выявленных данных можно сделать следующие выводы. Пациенты с соматизированным расстройством видят себя как людей сверхступчивых, сверхпокорных, сверхзависимых, сверхдоброжелательных и сверхотзывчивых. В то же время эти характеристики являются компенсацией совершенно противоположных черт, которые пациенты не проявляют и не отстаивают (доминирование, независимость, жесткость и недоверчивость). Имеются также выраженные внутриличностные конфликты между одновременным желанием быть жесткими и доброжелательными, недоверчивыми и отзывчивыми, что приводит к внутреннему перенапряжению. В стремлении пациентов изменить себя остается выраженным конфликт между жесткостью и доброжелательностью, т.е. пациенты неосознанно стремятся еще больше усилить свое сверхдружелюбие, чем усиливают неразрешенный конфликт и соматизацию. В то же время пациенты с соматизированным расстройством стремятся оставаться такими же сверхвеликодушными и отзывчивыми и одновременно сверхдоминирующими и авторитарными, что невозможно из-за высоких показателей октантов и противоречащих друг другу качеств, которые одновременно могут приводить только к конфликту, как внутреннему, так и внешнему.

Трофимова М. Е.

ГУЗ «Псковская областная психиатрическая больница №1»,
д. Богданово, Псков, Россия

Эффективность применения психотерапии при лечении шизофрении в условиях психиатрического стационара

Как известно, основным методом лечения психозов при шизофрении является применение нейролептических препаратов. Используемые для этого типичные нейролептики обладают целым рядом побочных действий, существенно ограничивающих их применение. Применение атипичных нейролептиков, несмотря на их лучшую переносимость также сопряжено с некоторыми трудностями, в числе

которых длительность наступления терапевтического эффекта, меньшая доступность для больных из-за высокой стоимости. В данной ситуации использование различных методик психотерапии на ранних этапах лечения позволяет повысить эффективность терапии и снизить ее стоимость.

В Псковской областной психиатрической больнице №1 используется метод когнитивно-поведенческой психотерапии, в том числе и у пациентов в подостром периоде психоза, а так же в постпсихотическом состоянии, когда по мере стихания острых явлений и восстановления ясного мышления нередко развиваются неврастения, ипохондрия, навязчивые состояния, депрессия. Чаще всего лечение больных шизофренией осуществляется в терапевтических группах с участием больных, страдающих другими заболеваниями, что позволяет использовать стимулирующую роль непсихотических пациентов.

Проведено исследование, целью которого являлось определение эффективности комбинированного использования психотерапии и медикаментозного лечения у пациентов с шизофренией.

Пациентов в подостром периоде тестировали по шкале PANSS до начала занятий, через 2 недели и в конце занятий (через месяц). Эти данные сравнивались с данными тестирования по шкале PANSS у пациентов в подостром периоде психоза, не получавших психотерапию. Было протестировано 30 пациентов, посещающих групповые занятия и получающих терапию атипичными нейролептиками, и 29 пациентов, не посещающих групповые занятия и получающих терапию атипичными нейролептиками.

Выявлено, что у пациентов в 1 группе снижение симптоматики по шкале PANSS, через 2 недели составило в среднем $42 \pm 12\%$, а к концу лечения $75 \pm 15\%$. В контрольной же группе через 2 недели снижение симптоматики по шкале PANSS составило $31 \pm 11\%$, а к концу месяца $52 \pm 13\%$.

Отмечено, что при посещении психотерапевтических занятий у ряда пациентов уже через 2 недели было возможным снизить дозы атипичных нейролептиков и в итоге выписать домой на более низких поддерживающих дозировках препаратов. Повышался уровень доверия к врачу, пациенты осознавали необходимость приема медикаментозной терапии, тем самым увеличивалась мотивировка на прием поддерживающей терапии.

■ ВЫВОДЫ

1. Использование метода групповой когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с диагнозом: Шизофрения - позволяет повысить эффективность лечения антипсихотическими препаратами.
2. Применение психотерапии в подостром периоде шизофренического психоза и при постпсихотических депрессиях позволяет снизить экономические затраты при лечении пациентов в условиях психиатрической больницы, снизить сроки пребывания в стационаре.

Трухан Е. А.

УО «Белорусский государственный университет», Минск

Профилактика игровой компьютерной зависимости

Значение компьютеров во всех сферах деятельности стремительно растет, и мы еще слабо осознаем то, что по сути начинаем во многом зависеть от работы этих технических аппаратов. Уже сегодня компьютеры отвечают за наведение и запуск ядерных ракет, за банковские переводы многомиллионных сумм денег и многие другие системы, ошибки в работе которых дорого обходятся людям. Однако зависимость человека от компьютера этим не ограничивается. Важной психологической и социальной проблемой сегодня становятся различные виды компьютерной зависимости (игровая, нетоголизм, web-серфинг и др.).

В ходе проведенного нами исследования корреляционных взаимосвязей структурных компонентов Я – концепции у молодых людей, зависимых от компьютерных игр, было установлено, что их Я – концепция отличается разорванностью и рассогласованностью компонентов: были выявлены отрицательные взаимосвязи между образами «Я реальное» и «Я идеальное», «Я идеальное» и «Я виртуальное», а также отсутствие взаимосвязи между образами «Я реальное» и «Я виртуальное». Для Я – концепции молодых людей, не зависимых от компьютерных игр или находящихся на стадии увлеченности, присущи согласованность и наличие положительной взаимосвязи между ее компонентами.

По мнению О. Решетниковой, распад личности на «Я идеальное» и «Я реальное» происходит только в случае с RPG-играми (RPG — role playing games), при этом нарастание разрыва приводит к усилению дезадаптации и нарушению психического состояния. Многие другие авторы также отмечают наличие внутриличностного конфликта у молодых людей, зависимых от компьютерных игр, которые используют виртуальную реальность для избегания внутриличностных проблем, поиска объекта идентификации или получения разрядки.

Наше исследование показало, что молодые люди, зависимые от компьютерных игр, идентифицируются в играх с образом, противоположным «Я идеальному» или с анти-идеалом. У молодых людей, не зависимых от компьютерных игр, происходит идентификация с образом, соответствующим «Я идеальному». Это свидетельствует о проблемах идеализации – дезидеализации объектов, а также о расщепленности Эго и объектов на плохую и хорошую части и размытости различий между хорошим и плохим у молодых людей, зависимых от компьютерных игр.

Выявленные особенности Я – концепции молодых людей, зависимых от компьютерных игр, можно эффективно использовать в психотерапевтической и профилактической работе, поскольку речь идет о глубинных причинах и механизмах игровой компьютерной зависимости. Так, согласно Х. Кохуту, основными условиями дезидеализации являются константность родителей, их похвала и поддержка, а

также способность быть примером для подражания. Ценными в такой работе будут и идеи М. Кляйн о том, что реалистическое признание в себе и в других людях как хороших, так и плохих сторон, способность испытывать вину за свои агрессивные и разрушительные чувства и желания, смягчать свою ненависть любовью и возмещать нанесенный своими поступками вред, способность испытывать чувство благодарности, формирование отношений с целостными объектами, например с матерью, с отцом, сочетающимися в себе как хорошие, так и плохие черты – все это обеспечивает более ясное восприятие внутренней и внешней реальности, восстановление границ между собой и объектом, а также целостность Эго.

Фролова Ю. Г.

УО «Белорусский государственный университет», Минск

Социальные репрезентации психических расстройств как фактор социально-психологической адаптации больных

Согласно данным ВОЗ, главными факторами, снижающими качество жизни людей с психическими расстройствами, являются дискриминация и социальная изоляция. Преодолеть эти проблемы невозможно без изменения общественного мнения. Одной из наиболее влиятельных психологических теорий, объясняющих закономерности формирования обыденных концепций по каким-либо вопросам, является теория социальных репрезентаций (С. Московичи, К. Херцлих и др.). Социальные репрезентации – это формирующиеся в процессе социального взаимодействия мысли, идеи, образы и ценности, связанные с определенным объектом или проблемой, и разделяемые определенной группой людей. Они позволяют осмысливать новую и непонятную информацию, вырабатывать определенную программу действий. Результаты как отечественных, так и зарубежных исследований свидетельствуют о наличии достаточно отчетливых, обладающих кросс-культурной устойчивостью репрезентаций психической болезни, включающих в себя три компонента: опасность, которую больной представляет для окружающих и для самого себя; непредсказуемость поведения больного и динамики болезни, резкое отличие больного от здоровых людей. Таким образом, социальные репрезентации являются существенным фактором стигматизации психически больных.

Исследования социальных репрезентаций психических болезней, проводимые, начиная с 2003 г., студентами отделения психологии БГУ под нашим руководством, позволили сделать следующие выводы.

1. Существуют значительные различия в уровне осведомленности относительно того или иного психического расстройства. Так, если минимальными сведениями (хотя бы на уровне знакомства с названием) о шизофрении, умственной

отсталости, депрессии обладали все респонденты, то знали о нервной анорексии лишь 82% опрошенных, а о нервной булимии – всего 52%.

2. Стресс является одной из часто называемых причин психических расстройств (для депрессии доля ответов составляет 93,6%, для шизофрении – 40,2% (что в данном случае больше, чем доля ответов, приходящихся на любую другую причину), для нервной анорексии – 14,5%, для умственной отсталости – 11,7%; для нервной булимии – 11%). Заметим, что в отношении расстройств приема пищи респонденты назвали большое количество причин, косвенно связанных со стрессом, например, давление со стороны социального окружения.
3. Признаки психических расстройств, называемые респондентами, не соотносятся с теми, что используются в медицине. Так, лишь 44 и 39% испытуемых соответственно, считают признаками анорексии отказ от еды и снижение веса, лишь 86,5% назвали снижение интеллекта показателем умственной отсталости.
4. Респонденты в большинстве случаев отрицательно относятся к стационарному и фармакологическому лечению, предпочитая им отдых, поддержку со стороны близких людей и изменение условий жизни.
5. Негативное отношение к психически больным наблюдалось во всех исследованных выборках: например, даже в отношении расстройств приема пищи не более 4% опрошенных согласились бы с тем, что больной или больная вступили в брак с ними или с их родственниками, лишь 33% хотели бы видеть таких больных своими соседями.

Полученные данные могут объясняться: недостатком систематического просвещения относительно психических расстройств (нет соответствующих тем в вузовских и школьных учебных курсах), тенденциозным освещением проблем душевнобольных средствами массовой информации, а также небольшим личным опытом общения с больными, стремлением дистанцироваться от них.

Хмельницкая Е. А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Эффективность применения психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией

■ ВВЕДЕНИЕ

Отсутствие у пациентов, страдающих шизофренией, знаний о болезни и навыков преодоления связанных с ней проблем закономерно связано с низкой степенью осознания болезни, отказом от антипсихотического лечения и, как следствие, с высокой частотой обострений, плохим качеством жизни, социальной дезадаптацией. Психообразовательные вмешательства направлены на решение

этой проблемы. Разработанная нами психообразовательная программа включает в себя информирование о биологических и социально-психологических аспектах шизофрении. Программа была построена с учетом когнитивных и психологических особенностей людей, страдающих шизофренией, помимо информирования и обсуждения в ней широко применялись элементы когнитивно-поведенческой и групповой психотерапии.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включались пациенты с диагнозом из группы «Шизофрения и близкие к ней расстройства»; возраст до 40 лет; длительность болезни до 10 лет; информированное согласие на участие в исследовании. Не включались пациенты с органическим поражением ЦНС, умственной отсталостью; не имеющие среднего образования; пациенты с выраженными позитивными симптомами (выше 68 баллов по шкале SAPS), выраженными негативными симптомами (по шкале SANS выше 75 баллов); оценка функционирования по шкале GAF менее 31 балла; участие в других видах психосоциальной помощи в течение последнего года. Программа состояла из 8-ми встреч, проводившихся ежедневно. Были использованы следующие инструменты: карта оценки уровня знаний о заболевании (Сальникова Л.И., Мовина Л.Г.); шкала SAUMD, общие пункты (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, Amador X.F. et al.); 7 балльная шкала для оценки комплайенса (Kemp K. et al.); шкала NAIF (New Assessment and Information Form to Measure Quality of Life, Hugenholtz P.Y., Erdman R.A.M.); шкала GAF (Global Assessment of Functioning Scale, DSM-III-R).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Было обследовано 46 пациентов: 21 (45,7%) мужчин и 25 (54,3%) женщин. Средний возраст составил $26,7 \pm 5,6$ лет, длительность болезни от 1 до 10 лет, среднее число госпитализаций $2,7 \pm 2$ (от 1 до 9). У пациентов отмечалось улучшение всех анализируемых показателей после участия в психообразовательной программе. Средний балл по карте оценки уровня знаний о заболевании вырос почти вдвое: с $2,7 \pm 0,8$ до $3,9 \pm 0,8$, $p < 0,001$. Улучшилось осознание болезни, средний балл по общим пунктам шкалы SAUMD снизился с $2,6 \pm 1,2$ до $1,9 \pm 1,0$, $p < 0,001$, что соответствует улучшению осознания болезни. Отмечалось значимое улучшение комплайенса с $4,8 \pm 1,8$ до $6,1 \pm 1,3$ баллов, $p < 0,001$, а также небольшое, но статистически значимое улучшение качества жизни и социального функционирования, однако эти показатели не достигли нормального уровня после участия в программе.

■ ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Полученные данные позволяют сделать предварительный вывод о том, что участие в психообразовательной программе пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, позволяет содействовать повышению уровня знаний о болезни, комплайенса, инсайта, качества жизни и социального функционирования.

Хмельницкая Е. А., Ткачук А.М., Евтушик И.И., Астапчик Н.В.

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Опыт психообразовательной работы среди пациентов стационара

Нами на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» проведено групповых психообразовательных занятий: в 2007г. – 1080, в 2008г. – 1322 (т.о, рост составил 12.2%). Психообразование ставит перед собой две основные задачи. Это собственно «образование», когда пациент получает информацию о психическом заболевании, что ведет к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов. Вторая задача – это обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой.

Главным условием включения в группу является сохранение правильного, упорядоченного, социально приемлемого поведения даже при наличии бредовых идей и галлюцинаций. Не включались в группу пациенты на высоте острых психотических расстройств, с грубым интеллектуальным снижением, расторможенностью, выраженными депрессивными расстройствами с суицидальными тенденциями.

Психообразование, являясь одним из видов групповых методов работы, относится к так называемому обучающему типу, при котором занятия строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга и дискуссионного процесса.

Оптимальное количество ведущих в группе – два специалиста (например, врач-психиатр и психолог, или врач-психиатр и медсестра по реабилитации). Роли ведущих были четко структурированы и дополняли друг друга. Врач-психиатр предоставлял информацию, направлял дискуссию, активизируя пациентов. Психолог создавал микроклимат доверия и взаимопонимания, условия для преодоления психологических кризисов.

Строго соблюдалась высокая степень структурированности содержания занятий, формы их проведения. Положительная поддержка обеспечивалась постоянно на протяжении всего периода обучения.

Каждое занятие включало вводную часть, рабочее время и обсуждение. Занятие начиналось с приветствия участников группы, затем напоминались организационные моменты, далее лекционно излагался материал, после чего шла дискуссия. В конце занятия всем участникам предоставлялась возможность высказаться на предмет того, что полезного они услышали на сегодняшней встрече.

Ведущие ставили перед группой следующие задачи:

- изучение причин расстройства, особенностей течения, прогноза, способов лечения, условий и течения процесса выздоровления;
- обучение способам распознавания симптомов, выработке способности самоконтроля над ними и навыкам управления расстройством;
- выработка комплаенса;
- обсуждение роли стресса в возникновении обострения и пути его смягчения;
- предоставление эмоциональной поддержки;
- улучшение взаимоотношений пациентов, создание или расширение их социальных контактов.

Красной нитью проводилась мысль – первым и важнейшим шагом на пути выздоровления является признание психического расстройства, необходимости врачебной помощи и поддерживающей терапии на протяжении длительного периода. Констатировалось, что нельзя изменить факта наличия болезни, но каждый несет ответственность за программу собственного выздоровления.

Ходжаев А. В., Байкова И. А.

ГУО «БелМАПО», Минск

Индивидуализация психотерапевтической коррекции беременных с патологическим дородовым периодом

Период беременности и послеродовой период общепризнано считается временем повышенного риска развития психических расстройств (Ф. Ариас, 1989, А.Е. Архангельский, 1999). Различные психические расстройства встречаются у 29%-80% беременных (В.Д. Рыжков, 1992, Е.А. Сахаров, 1990, И.Ю. Щеглова, 1991, S. Auers, 2001, L.S. Cohen, 1994). У женщин с психическими расстройствами осложнения во время беременности и родов встречаются в 6 раз чаще, чем популяции (Н.В. Рымашевский, 1992).

Пограничная психическая патология, по данным разных авторов, встречается у 10-79.3% беременных (Марфина Н.А., 1997), что влияет на частоту осложнений беременности и родов у этих женщин (Kendell R.E. et. al., 2000; Bennedsen B.E. et. al., 2001; Kelly R.H., 2002). Кроме того, регистрируется большая частота патологии новорожденных (Bennedsen B.E. et. al., 1999).

Возникновение и развитие патологического дородового периода преимущественно наблюдается у первородящих женщин, значительно увеличивая частоту встречаемости у них аномалий родовой деятельности (12-60%), предшествует операциям кесарева сечения, в том числе повторным, кровотечениям, акушерским травмам, асфиксиям плода, тем самым влияя на уровень перинатальной заболеваемости и младенческой смертности (Абрамченко В.В., 2006; Алилова И.И., 2006; Савицкий А.Г., 2003; Сидорова И.С., 2000; Chelmow D., Kilpatrick S.J., L., 1993; Maghoma J., Buchmann J., 2002).

Одним из вариантов течения патологического дородового периода является «материнский», основными симптомами которого являются жалобы пациенток на усталость, тревогу, нарушения суточного ритма сна-отдыха (Левина Н.Н., 2008). Данный вариант чаще возникает в условиях стационара, чем на догоспитальном этапе. Наиболее частыми причинами нарушения состояния беременных являются: недовольство длительным пребыванием в стационаре, оторванность от привычной обстановки, немотивированный страх перед предстоящими родами, неблагоприятная обстановка в семье. В анамнезе у пациенток отмечаются неблагоприятные исходы предшествующих беременностей, затяжное течение предшествовавших родов или их неблагоприятные исходы.

Мы наблюдали беременных женщин с доношенной беременностью и с патологическим прелиминарным периодом, поступивших в стационар с предвестниками родов, а также направленных в стационар для дородовой госпитализации с предполагаемым родоразрешением через естественные родовые пути. Для оптимизации течения дородового периода и снижения частоты аномалий родовой деятельности и осложнений в дородовом и послеродовом периоде нами, в зависимости от выявленных индивидуальных особенностей психопатологического реагирования, была разработана программа психотерапевтической коррекции беременных с патологическим дородовым периодом на стационарном этапе лечения. Основными компонентами программы являются: информирование, обучение нервно-мышечной релаксации, телесно-ориентированная терапия, музыкотерапия и элементы гештальт-терапии.

Применение предложенной программы позволило уменьшить проявления выявленных индивидуальных особенностей психопатологического реагирования, симптомами которого являлись жалобы пациенток на усталость, тревогу, нарушения суточного ритма сон-бодрствование. Кроме того, у пациенток, включенных в нашу программу психотерапевтической коррекции, наблюдалось уменьшение частоты аномалий родовой деятельности и осложнений в дородовом и послеродовом периоде (кровотечений, акушерского травматизма, асфиксии плода), что повлияло на уровень перинатальной заболеваемости и младенческой смертности.

Штин А. В., Сакович С.Л., Ткачук А. М., Сергеева Т. Ф.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Исторический аспект развития психосоциальной реабилитации (ПСР) в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

История развития реабилитации в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» насчитывает более девяти десятилетий. Связь прошлого и настоящего полезна для осмысления целей и направлений совершенствования реабилитации.

Реабилитация развивается с 1918г., когда была организована психиатрическая колония в п.Новинки (с 1920г. «I Советская Трудовая Колония душевнобольных «Новинки»). В довоенный период реабилитация пациентов ограничивалась их трудовой занятостью на подсобном хозяйстве.

После Великой Отечественной войны на базе бывшей Колонии была открыта психиатрическая больница, в которой быстрыми темпами развивалась трудовая терапия: труд в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) и на подсобном хозяйстве. Открылись новые цеха ЛТМ, намечались элементы профессиональной реабилитации.

С 70-х годов 20^{го} века, при активной помощи кафедр психиатрии БелГИУВ - и Минского мединститута (в настоящем - БелМАПО и БГМУ), развиваются организационно-методические принципы реабилитации: дифференцированный подход, учитывающий текущее психическое состояние пациента и выраженность дезадаптации, уровень навыков и умений, этапность реабилитационного процесса. В штатное расписание лечебных отделений вводится должность инструктора по трудотерапии.

С введением в эксплуатацию 1986-1987 г.г. в строй корпуса для проведения физиотерапевтического лечения внедрялись методы физической реабилитации.

В 1990-х годах был открыт новый корпус ЛТМ, оснащенный профессиональным оборудованием и штатом специалистов по трудотерапии, но из-за экономической нерентабельности в 2005г. ЛТМ были закрыты. В настоящее время трудотерапия представлена терапией занятостью, сельско-хозяйственным трудом на подсобном хозяйстве, работой по благоустройству территории.

Новейшая история развития реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами, приобретает все более отчетливый системный характер. В 1996 г. был создан Республиканский Центр медицинской реабилитации (позже – отделение медицинской реабилитации), который проводит непосредственную работу по психосоциальной реабилитации, координирует реабилитационную помощь в лечебных отделениях, осуществляет подготовку кадров и методологическую и консультативную помощь по медицинской реабилитации психиатрическим организациям республики.

Государственная программа по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов на 2006-2010г.г. поставила задачу разработки концепции развития медицинской реабилитации в Республике Беларусь.

Таким образом, будущее реабилитации будет связано с научными исследованиями и методологическими разработками в области психосоциальной реабилитации, совершенствованием технологии реабилитационного процесса. Получают развитие три уровня: уровень практической работы с пациентом, уровень службы психиатрической помощи в целом и уровень окружающей среды, т. е. общества в целом.

Штин А. В., Сергеева Т. Ф., Астапчик Н. В.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Подготовка кадров по психосоциальной реабилитации в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Исход реабилитации лиц с тяжелыми психическими расстройствами зависит от уровня профессиональной подготовки персонала. Персонал, участвующий в процессе психосоциальной реабилитации (ПСР) должен обладать навыками и знаниями по формированию отношений доверия с пациентами, по постановке личных целей реабилитации, оценке личных навыков и ресурсов как пациентов, так и окружающей среды, по планированию и проведению мероприятий психосоциальной реабилитации

Кроме того, эффективная реабилитация возможна только при слаженной работе специалистов полипрофессиональной (мультидисциплинарной) бригады, в состав которой входит врач-психиатр, психолог (психотерапевт), медицинская сестра, занимающаяся реабилитацией, специалист по социальной работе. В системе базовой подготовки врачей и медсестер имеется лишь общий курс медицинской реабилитации и экспертизы трудоспособности, который не предусматривает подготовки по психиатрической реабилитации. В рамках постдипломного повышения квалификации лишь для медицинских сестер в УО «Белорусский государственный медицинский колледж» имеется 2 – недельный курс «Реабилитация и профилактическая работа с пациентами психиатрического профиля. В ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» совместно с Советом медицинских сестер и специалистами отделения медицинской реабилитации разработана и апробируется программа подготовки кадров по психосоциальной реабилитации. Программа состоит из теоретической и практической частей. Теоретические основы психосоциальной реабилитации излагаются на курсе «Школа реабилитолога». Цель – формирование знающего специалиста. Курс состоит из 8

лекционных занятий и включает изучение вопросов идеологии психосоциальной реабилитации, этапов реабилитации, основ диагностического подхода, вопросов планирования реабилитационных мероприятий, дифференцированного подхода к контингентам пациентов. Отдельно выделены темы: терапия занятостью, психообразовательные программы, особенности реабилитации лиц с зависимостями от ПАВ, ПСР в гериатрии, организация работы мультидисциплинарной бригады специалистов. Данный курс предназначен как для специалистов, непосредственно участвующих в психосоциальной реабилитации, так и для широкого круга профессионалов, работающих в сфере оказания психиатрической помощи и интересующихся вопросами реабилитации в психиатрии, а также для врачей-интернов. Для медицинских сестер, занимающиеся реабилитацией на функциональной основе, и для инструкторов по трудотерапии предусмотрены практические занятия по освоению навыков организации и проведения реабилитационных мероприятий, по ведению меддокументации, по этике и деонтологии, по формированию навыков общения и взаимодействия с пациентами. Цель – формирование опытного специалиста. Занятия проводят врачи и медицинские сестры отделения медицинской реабилитации. Также широко практикуется наставничество и обучение на рабочем месте.

Для качественной подготовки специалистов по психосоциальной реабилитации требуется разработка сертифицированных программ как базовой академической подготовки дипломированных специалистов, так и курсов повышения квалификации кадров.

Детская психиатрия и психотерапия

Аксенова Е. А., Навроцкий Б. И., Хоменко Н. В., Даниленко Н. Г., Обьедков В. Г.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Оценка соотношений генотипов матери и ребенка по генам резус фактора в семьях больных шизофренией

Целью настоящего исследования был анализ соотношения генотипов мать-плод по генам резус фактора в семьях, имеющих пробанда, а также в контрольных семьях. Настоящее исследование направлено на поиски мер первичной профилактики шизофрении путем идентификации надежных биологических маркеров данного заболевания. Молекулярно-генетический анализ факторов, повышающих риск развития шизофрении, проводится в Беларуси впервые.

В исследование включались больные с диагнозом шизофрении, установленным в соответствии с общими диагностическими критериями шизофрении МКБ 10. Случайным методом была сформирована контрольная группа психически здоровых лиц (50 родительских семей, не имевших ребенка, страдавшего шизофренией). Сравнимые группы были идентичны по всем демографическим показателям. У участвующих в исследовании лиц проводился забор 3–5 мл венозной крови с добавлением в пробирку антикоагулянта р-ра ЭДТА (50мМ на пробу). Для выделения тотальной ДНК из крови адаптирован метод Mathew.

Генотипирование по генам *RHD* проводили методом ПЦР-анализа, с набором праймеров А6 и А9 к экзону 4 изучаемых генов. Реакция проводилась в 0,2 мл ПЦР-пробирках на амплификаторах GeneAmp PCR System 2700 (Applied Biosystems) или MyCycler (BIORAD). Продукты ПЦР анализировали после электрофоретического разделения в 2 % агарозном геле, окрашенном раствором бромистого этидия. Затем электрофореграмму фотографировали цифровой камерой Canon в УФ-свете.

Сравнение полученных результатов проводили по методу Хи-квадрат с помощью программы AB-Stat.

Проведено сопоставление частот встречаемости семей, в которых мать и ребенок имели как одинаковые, так и различные аллельные формы *Rh* гена, обуславливающего тип резус-фактора (положительный «+» генотип *RHD* или отрицательный «-» генотип *RHCE*). Согласно выдвинутой гипотезе, сочетание *RHCE* генотипа матери и *RHD* генотипа ребенка представляется наиболее критичным для плода и может послужить причиной развития заболевания.

В целом распределение соотношения генотипов достоверно отличалось друг от друг (значение Хи-квадрат=8,6 при степени достоверности $P < 0,05$). Частота семей, в которых мать больного шизофренией имела *RHCE* генотип, составила 33,4 %, а в контрольной группе всего 10 % матерей имели *RHCE* генотип (различия достоверны при $P < 0,01$). При этом процент резус-отрицательных среди больных ши-

зофрений и здоровых людей было примерно одинаковым: 20,0 % людей с RHCE-генотипом среди контролей и 23,1 % - среди больных.

В результате проведенных исследований выявлена высокая (по сравнению с контрольной группой) частота семей с рецус - несовместимостью генотипов матери и больного шизофрений ребенка. Из-за достоверно увеличенной по сравнению с контролем частоты рецус отрицательных матерей в изученных семьях больных шизофренией частота рецус-конфликтных сочетаний генотипов почти в 6 раз превышает таковую в контрольных семьях. В исследованной группе жителей Беларуси рецус-несовместимость генотипов матери и ребенка является фактором риска развития в дальнейшем шизофрении.

Антропов Ю. Ф.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Аффективно-дизонтогенетические механизмы гиперкинетических расстройств у детей и подростков

На базе Российской детской клинической больницы было проведено исследование, с целью уточнения роли ряда факторов дизонтогенеза и аффективных нарушений в патогенезе гиперкинетических расстройств у детей и подростков. Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Из 1595 обследованных детей и подростков с психосоматическими расстройствами выделен 151(9,5%) больной с гиперкинетическими проявлениями. Соотношение мальчиков и девочек – 2,4:1. Средний возраст больных – 7,5±0,5 года, средний возраст возникновения расстройств – 3,0±0,5 года, средняя длительность – 4,6±0,5 года. Из генетических факторов наиболее представленными были личностные особенности – у 88,1% больных, личностные особенности матерей (80,8%) и отцов – у 49%). Психосоматические расстройства отмечались у 44,4% родственников 1-2-ой степени родства, психические – у 27,2%, аффективные расстройства на 1-м году жизни – у 11,9% больных. В среднем 3 фактора. Наиболее часто из церебрально-органических факторов отмечались остаточные явления раннего органического поражения головного мозга – у 94% больных, патология беременности – у 78,1%) матерей, нарушения вскармливания – у 59,6% больных, патология родов – у 41,1%, новорожденного у 37,8%, соматогенные аффективные проявления на 1-м году жизни – у 35,8%, травмы, операции и тяжелые заболевания – у 28,5%, нарушения психического – у 23,8% и моторного развития – у 12,6%) (сочетанное у 9,9%) и вредные привычки ~ у 1,3% больных. В среднем 4,1 фактора на одного больного. Более заметными были психосоциальные факторы риска: патология воспитания – у 78,2% боль-

ных, нарушения системы мать-дитя – у 71,5%, посещение детских учреждений – у 51%, наличие сибсов – у 40,4%, психоэмоциональные перегрузки – у 38,4%, конфликты с родителями – у 34,4%, сверстниками – у 31,8%, излишнее беспокойство об оценках – у 26,5%, первые роды у тревожно-мнительных матерей – у 22,5%, неполная семья – у 21,2% больных, агрессивное поведение – у 19,9%, психогенная аффективная патология – у 17,2%, конфликты в семье – у 15,2%, раннее помещение в школу – у 14,6%, смерть родителей и родственников – у 7,3%. Другие факторы – дополнительные специальные занятия, отрицательное отношение к школе, алкоголизация родителей, миграция или смена школы, конфликты с педагогами по 5,3%.

Крайне редко выявлялись – болезнь родителей или родственников (4,6%), неподготовленность к обучению в школе (4%), обучение на дому (3,3%) и слабая успеваемость (0,7%). В среднем 5,3 фактора.

Общий показатель отягощенности факторами дизонтогенеза составил 12,4 на одного больного при преобладании биологических (генетических и церебрально-органических) факторов над психосоциальными.

Клинико-психопатологический анализ позволил установить у всех больных наличие маловыраженной депрессии (субдепрессии). У 71,5% больных диагностирована психогенная депрессия, а у 28,5% – соматогенная.

Аффективные (депрессивные) нарушения включали тревожную (44,4%), астено-тревожную (31,8%) и астеническую (23,8%) депрессию.

Использование антидепрессантов и транквилизаторов привело к достижению улучшения у всех 49 больных. Высокая эффективность отмечалась у 28 (57,1%) больных (выздоровление у 2%, значительное улучшение – у 55,1%), улучшение – у 21 (42,9%) больных. При симптоматическом лечении 96 больных достижение высокого эффекта отмечалось у 4 (4,2%) больных (выздоровление – у 2,1%, значительное улучшение – у 2,1%), улучшение – у 72 (75%), незначительное улучшение – у 10 (10,4%) и состояние без перемен – у 10 (10,4%) больных.

■ ВЫВОДЫ

Гиперкинетические проявления в структуре психосоматических расстройств у детей и подростков связаны с дизонтогенезом, проявлением которого является асинхрония развития эмоциональной сферы.

Эффективность лечения детей и подростков с гиперкинетическими расстройствами антидепрессантами и транквилизаторами подтверждает патогенетическую значимость аффективных расстройств.

Баз Л. Л.

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Сравнительный анализ рисунка «автопортрет» девочек с психопатоподобным синдромом и нормой

Представление о своем физическом Я является одним из элементов самосознания. Начало формирования представления происходит еще в раннем детстве, когда у ребенка начинают развиваться произвольные движения, и ребенок начинает осознавать свои физические границы, отделяющие его от внешнего мира. Процесс развития физического Я продолжается всю жизнь. По мнению Ж.Лермита к 8-ми годам у человека формируется целостный образ своего тела, а с 8-11 лет дети могут уже сопоставлять свой образ тела с телесным образом других людей.

В нашем исследовании мы решили выяснить, существует ли специфика в восприятии своего физического Я у девочек, страдающих расстройствами личности, как рано они проявляются. Были взяты две возрастные группы детей: дети 8-ми лет (возраст, когда ребенок уже может осознанно изобразить именно себя) и 11-ти (возраст совпадает с началом реорганизации телесного Я у ребенка и проявлением особого интереса к своему физическому Я).

■ ГИПОТЕЗА ИССЛЕДОВАНИЯ

Телесный образ «Я» у девочек с психопатоподобным синдромом является специфичным.

■ ИСПЫТУЕМЫЕ

Четыре группы испытуемых: группа девочек 8-ми лет (11 человек) и группа девочек 11-ти лет (20 человек), у которых в основном или сопутствующем диагнозе отмечено наличие психопатоподобного синдрома на резидуально-органическом фоне, и две соответствующие группы нормы. Все испытуемые – учащиеся общеобразовательных школ г. Москвы

■ МЕТОДИКИ

Испытуемым давалась инструкция: «Нарисуй себя в полный рост», простой карандаш, ластик и белый лист бумаги формата А4.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

Все полученные рисунки испытуемых были оценены тремя экспертами на основе категорий разработанных с использованием результатов отечественных психологов полученных на российских выборках (Романова Е.С., Потемкина О.Ф., 1992, Свищунова Е.В., 2006). Оценка рисунков проводилась по 18-ти параметрам.

Данные девочек по каждой из выделенных категорий в экспериментальной и контрольных группах были сравнены между собой в возрасте 8-ми и 11-ти лет с использованием критерия χ^2 Фишера.

Результаты девочек 8-ми лет.

Из 18 оцениваемых параметров рисунка статистически значимыми различия между группами были лишь 5 параметров: 1) на автопортрете в норме чаще наблюдалось рисование более одного изображения; 2) размер был чаще во весь лист; 3) было больше штриховки; 4) у больных отмечалось значимо меньше деталей; 5) и они чаще располагали рисунок в верхней части листа и сбоку.

Результаты девочек 11-ти лет.

Из 18-ти оцениваемых параметров рисунка статистически значимыми различия между группами были по семи параметрам: 1) норма чаще рисовала «портрет в интерьере»; 2) чаще изображала себя с «предметом в руках». 3) было больше штриховки; 4) размер рисунка обычно занимал половину листа, в то время как у больных часто встречались рисунки во весь лист и меньше трети листа; 5) в норме девочки чаще стирали части рисунка, вносили исправления; 6) автопортрет был лишен деталей; 7) в норме чаще располагали рисунок в центре листа, а больные – чаще сбоку и внизу листа.

Оценивая полученные рисунки, можно сделать вывод о том, что существует ряд отличий между девочками, имеющими психопатоподобный синдром и нормой по ряду параметров в обеих возрастных группах. Первое различие можно оценить как некоторую обедненность рисунка, отсутствие проработки рисунка и деталей. Особенно это очевидно в возрасте восьми лет, когда в норме девочки рисуют не просто себя, а себя и свое окружение, предметы в руках, украшающие детали. Как отмечают исследователи, недостаточную детализацию рисунка можно расценивать как тенденцию к замкнутости девочек с психопатоподобным синдромом. Второе важное отличие – это размер и расположение рисунка на листе. И в 8 и в 11 лет в норме девочки склонны рисовать себя в центре размером примерно в две трети листа, что свидетельствует об адекватной самооценке. У больных же наблюдаются крайние варианты размера, либо во весь лист, либо меньше трети, при этом рисунок значительно сдвинут в сторону от центра. Это свидетельствует о нарушенной адаптивности и нарушенной самооценке. Полученные результаты свидетельствуют об уже существующих нарушениях личности, у девочек в возрасте 8 лет, что проявляется в виде дезадаптивности, нарушениях самооценки, замкнутости. Эти нарушения сохраняются и в одиннадцатилетнем возрасте. При индивидуальном обследовании результаты, полученные рисуночным методом, необходимо подтверждать и данными других методик.

■ ВЫВОДЫ

1. Рисунок «Автопортрет» у девочек с психопатоподобным синдромом имеет статистически значимые различия от нормы по ряду параметров: а) эти отличия

- качественно описываются как обедненность автопортрета, недостаток проработки рисунка; б) размер рисунка, отличающийся от 2/3 размера листа; в) расположение рисунка на листе отнесено от центра листа.
2. Эти различия стабильны и сохраняются в возрасте 8-ми и в возрасте 11-ти лет.

Басова А. Г.

Наркологический клинический диспансер № 5, Москва

Образ матери у старших школьников с аддиктивным поведением

К проблеме влияния представлений ребенка о матери на его развитие можно подходить с разных точек зрения. В отечественной психологии мать для ребенка, в первую очередь, - «общественный взрослый» (Д.Б. Эльконин, 1989, Л.С. Выготский, 1984) – своеобразный носитель информации о социуме, в который ребенку предстоит вступить. Она знакомит его с явлениями мира, обучает способам манипулирования предметами, рассказывает о способах поведения. Можно также говорить о материнском образе с точки зрения современной психоаналитической традиции (М. Кляйн, 1998; Д.В. Винникот, 1998), и тогда мать выступает в роли первого объекта любви, источника комфорта и спокойствия. С позиции теории привязанности, мать – «надежная отправная точка» (Ainsworth M.D.S., Bowlby J, 1991), позволяющая ребенку проявлять исследовательскую активность и независимость. Таким образом, многогранность научных взглядов и исследований на тему «Что есть материнский образ в жизни ребенка?» подтверждает значимость данного явления в процессе развития ребенка.

Много исследований посвящено влиянию неблагоприятного опыта взаимодействия с материнской фигурой в детстве на поведение в более зрелом возрасте. Результат может быть различным: это и неспособность устанавливать взаимоотношения с другими, и неспособность принимать самостоятельные решения. Однако работы на тему исследования материнского образа у подростков и юношей с аддиктивным поведением немногочисленны.

Данное исследование направлено на сравнительный анализ различных аспектов материнского образа у старших школьников с аддиктивным поведением и не склонных к аддиктивному поведению. Возраст испытуемых составит 15 – 17 лет, т.е. старший школьный возраст, включающий в себя старший подростковый возраст и раннюю юность. Выбор группы на грани двух возрастов объясняется несколькими причинами. Во-первых, именно в возрасте 17-18 лет возможен переход от злоупотребления алкоголем к алкогольной зависимости как заболеванию (Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г., 2002). Во-вторых, согласно современным исследованиям (О.Г.

Калина, 2007, Л.Ф. Фомичева, 2005), в норме родительский образ к этому времени претерпевает ряд изменений, и можно говорить о его сформированности. Следовательно, в данном исследовании будет произведена попытка сопоставить особенности формирования родительского образа в норме и подростка с аддитивным поведением, чье отношение к родителям чаще всего проявляется в так называемой «реакции эмансипации» (А.Е. Личко, В.С. Битенский, 1991).

В работе будет использован опросник PBI (parental bonding instrument) основанный на теории привязанности Д. Боулби; методики направленные на исследование самооценки и оценки материнской фигуры (личный дифференциал, методика Дембо-Рубинштейн в модификации Т.А Мешковой и Т.П. Свешниковой), проективные методики (методика «кодирование», проективный рисунок семьи, проективная методика неоконченные предложения).

Белянин В. Г., Нестер Л. Н., Артемьева Т. А.

УЗ «Могилевская областная психиатрическая больница», Могилев

Особенности прогнозирования суицидального и парасуицидального поведения у подростков

К суицидогенным семейным факторам риска у подростков относят отягощенную наследственность и наличие расстройств депрессивного спектра у родственников. Частые ссоры между родителями и детьми также являются значимыми факторами возможного суицидального поведения. Советскими и российскими учеными описаны типы «суицидальных семей». По их мнению, суицидогенными являются семьи с противоречивым характером воспитания, направленным исключительно на поддержание хорошего мнения о семье со стороны окружающих, либо с неадекватными воспитательными мерами и эмоциональной несдержанностью по отношению к подростку. Такая семья, по сути, часто является глубоко дисгармоничной и не способной оказать должную поддержку подростку в сложной ситуации. При этом подростки из асоциальных семей являются более адаптированными в связи с тем, что у них формируется непротиворечивая, стабильная система асоциальных установок, защищающая их от кризисов.

Среди ученых нет единого мнения в отношении таких факторов риска суицидального поведения у подростков, как безысходность и депрессия. Безысходность как прогностический критерий будущего суицидального поведения рассматривается одними авторами, как фактор риска лишь для взрослых, а другими – без указаний на возрастную категорию. Широко распространенным является мнение, что любому суициду предшествует депрессивная симптоматика. Одними авторами указывается, что до 70% подростков перед суицидом были в депрессивном состоянии, другие исследователи на своем материале выявили депрессивный фон лишь

у 20% суицидентов-подростков. Отмечено, что депрессия у детей и подростков часто маскируется гиперактивным поведением, агрессивными проявлениями или правонарушениями, что в ряде случаев описывается как «эквивалент депрессии» у подростков. Однако существуют работы, авторы которых считают, что депрессия вообще не является сколь-нибудь значимым фактором суицидального риска в младших возрастных группах. Таким образом, такие значимые предикторы суицидального поведения для взрослых, как депрессия и безысходность не являются достаточно изученными на подростковой популяции.

У детей и подростков соотношение суицидов в зависимости от пола соответствует как мальчики к девочкам 4:1. Отмечается, что в детском возрасте суициды чаще совершают мальчики, в раннем пубертатном и пубертатном периоде по частоте суицидов мальчики сравниваются с девочками, в средний пубертатный период и старше частота суицидальных попыток преобладает у девочек. Демонстративно-шантажные суицидальные попытки с агрессивным компонентом чаще совершают мальчики, а с манипулятивной мотивацией –

девочки. Мальчики чаще выбирают более агрессивные способы суицида, чем девочки. Межличностные утраты, такие как недавнее разрушение романтических идей значительно повышают суицидальный риск, но в основном только у мальчиков. Этот факт объясняется тем, что подобное межличностное разрушение часто оставляет юношей с меньшей социальной поддержкой, чем девушек, так как интимная жизнь у мальчиков имеет тенденцию быть ограниченной лишь отношениями с противоположным полом, тогда как подростки-девочки могут установить более близкие и доверительные взаимоотношения с ровесниками как одного, так и другого пола. Кроме того, мальчики с суицидальным поведением чаще развивали излишне зависимые отношения с противоположным полом и в случае их разрыва оказывались более уязвимыми к горю.

Таким образом, проблема прогнозирования суицидов в подростковом возрасте продолжает оставаться актуальной, требующей особого внимания.

Бенилова С. Ю.

Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва

Роль родителей в комплексной нейрореабилитации детей с нарушениями развития

Многолетний опыт показывает, что нарушенные стили взаимоотношений в семье с детьми отчетливо влияют на результативность комплексной нейрореабилитации. В связи с этим было проведено сравнительное исследование, цель которого – оценка эффективности комплексной нейрореабилитации в зависимости от включения родителей как равноправных партнеров комплексного медико-

психолого-педагогического коррекционного воздействия у детей с разными нарушениями развития.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в течение 2005 – 2009 гг. в Центре патологии речи и нейрореабилитации г. Москвы и ЦПМСС «Взаимодействие» ЮАО г. Москвы. Наблюдалось 695 детей (463 мальчика, 232 девочки) в возрасте от 3 до 14 лет.

Выделены три группы:

- 1 (дошкольники с системными нарушениями развития речи – 315 детей),
- 2 (школьники с нарушением школьных навыков – 201 ребенок),
- 3 (дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью или гипоактивностью – 179 детей).

Период наблюдения – 6-18 месяцев. Исследование открытое и сравнительное. Критерии отбора: диагностика в рубриках МКБ-10 на момент обращения, возраст – 3-14 лет, информированное согласие родителей, отсутствие умственной отсталости и эндогенного заболевания, коррекционные комплексные мероприятия не проводились последние два месяца.

Каждая группа была разделена на две подгруппы: А – родители были включены в комплексную реабилитацию как равноправные партнеры, Б – родители не включались в реабилитацию. *Группа 1:* А – 160 детей, Б – 155 детей. *Группа 2:* А – 105 детей, Б – 96 детей. *Группа 3:* А – 93 ребенка, Б – 86 детей. Включение детей в исследование проводилось после комплексного обследования бригадой специалистов. При проведении данного исследования использовались методы: клиническое наблюдение, психологический, нейропсихологический, логопедический, статистический. Все данные были верифицированы. У всех наблюдавшихся детей комплексная нейрореабилитация проводилась по единым методикам – логопедическим, нейропсихологическим, фармакотерапевтическим. Включение родителей в комплексный нейрореабилитационный процесс осуществлялось по следующим направлениям: занятия всех специалистов с обязательной опорой на работу с семьей; согласованное взаимодействие специалистов, участвовавших в коррекционной работе; привлечение родителей к организации общеразвивающей среды, соблюдение принципов психотерапевтической поддержки родителей и детей; коррекция детско-родительских отношений. Работа с родителями проводилась по системе «Особые дети – особое общение».

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка эффективности нейрореабилитации проводилась по следующим критериям: практическое выздоровление, значительное улучшение, улучшение, без перемен. Критерии практическое выздоровление, значительное улучшение, улучшение были объединены в единый критерий – положительная динамика. Результаты сравнительного исследования статистически достоверно показали, что включение

родителей как равноправных партнеров в комплексную нейрореабилитацию повышает ее эффективность в несколько раз. У детей из группы 1 при привлечении родителей в коррекционный процесс положительная динамика отмечалась в 2,6 раз чаще, чем у детей, родители которых не участвовали в нейрореабилитации. Во 2 группе, соответственно, в 2,2 раза. В 3 группе – в 9,4 раза.

■ ВЫВОДЫ

Включение родителей детей с проблемами развития и обучения в комплексный нейрореабилитационный процесс достоверно значимо повышает его эффективность.

Боброва Ю. В.
ГОУ ВПО СГМА Росздрава, Смоленск

Недирективный гипноз в лечении девиаций поведения у подростков

Нарушения социального поведения представляют собой феномен, часто встречающийся в процессе развития детей и подростков. С.А. Кулаков (1998) указывает на трудности разграничения патологических и непатологических форм девиаций поведения в связи с патоморфозом психических расстройств и феноменом коморбидности.

Основной причиной девиантного поведения является неблагоприятное микросоциальное окружение. Многие дети из неблагополучных семей имеют статус социальных сирот и являются воспитанниками домов-интернатов. В этих условиях тормозится развитие ребенка, по всем направлениям формируется депривационная симптоматика. 80% воспитанников интегрируется в криминальную среду.

Целью настоящего исследования явилась разработка новых подходов к оптимизации немедикаментозной терапии данной патологии. Психотерапевтическим методом коррекции поведенческих расстройств был избран недирективный эриксонский гипноз. Такой выбор обусловлен возможностью применения недирективного гипноза в групповой психотерапии, высокой внушаемостью, свойственной подросткам.

Было обследовано 62 подростка (29 мальчиков, 33 девочки) в возрасте 13-17-ти лет, проживающих в сельской местности в условиях школы-интерната в силу социального или биологического сиротства. Диагноз расстройств поведения устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10.

На основании проведенного анализа установлено, что критериям несоциализированного расстройства поведения соответствуют 51,6% подростков. Признаки социализированного расстройства поведения отмечены у 17,7% подростков. У

12,9% обследованных подростков выявлены признаки органического поражения головного мозга, проявлявшиеся, в частности, нарушениями поведения. Нарушения поведения в 38,7% случаев характеризовались антисоциальной направленностью: драки, кражи, бродяжничество, злоупотребление алкоголем. Поведение 17,7% подростков было нормальным.

Для исследования эффективности недирективного гипноза при нарушениях поведения обследуемые подростки были разделены на две группы. Основной группе подростков (33 человека) было проведено 10 сеансов эриксоновского гипноза; в последующем эти подростки были обучены методикам саморегуляции. Контрольную группу составили 29 человек, которым психотерапия не проводилась.

В результате проведенных сеансов нарушения поведения исчезли или уменьшились у 18 подростков. Подростки без нарушений поведения, участвовавшие в сеансах гипноза, отметили улучшение работоспособности, настроения.

Таким образом, проведенное исследование показало, что эриксоновский гипноз является эффективным методом психотерапии при лечении нарушений поведения у подростков. Важным представляется обучение пациентов методам саморегуляции, что позволяет им в дальнейшем самостоятельно изменить свое отношение к сложным жизненным ситуациям и контролировать свое поведение.

Васянина Ю. Ш.

ГУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1»,
Краснодар, Россия

Суицидальное поведение детей и подростков Краснодарского края

Наш XXI век многие философы, медики, социологи называют периодом кризиса и социальных тревог. С этих позиций самоубийство можно рассматривать как барометр социального напряжения. По данным ВОЗ, ежегодно 19 млн. человек совершают незавершенные попытки суицида, а около 400 тысяч из них погибают. Данная проблема, к сожалению, очень актуальна как для России в целом, так и для Краснодарского края. В ряду причин смертности подростков края от неестественных причин суициды стоят на 2 месте (после ДТП).

Несмотря на отсутствие ранее достоверной статистики в крае, число зарегистрированных незавершенных суицидальных попыток среди детей и подростков края ежегодно растет в связи со становлением межведомственного мониторинга и приближается к реальной картине событий. За период 2004-2008 г.г. на территории края зарегистрировано 934 суицидальные попытки несовершеннолетних в возрасте от 5 до 17 лет, из них 795 незавершенных попыток и 139 завершенных.

Более детальное изучение суицидов среди подростков Краснодарского края выявило ряд закономерностей:

- Как в случаях незавершенных, так и завершенных суицидальных попыток, по возрасту значительно преобладают подростки 15-17 лет (более 75 %).
- При незавершенных суицидах по полу значительно преобладают девушки.
- Количество законченных суицидов ежегодно относительно стабильно.
- Достоверно ($p < 0,05$) чаще погибают от суицидов юноши (в 2,8 раза), чем девушки.

При этом подростками избираются различные способы самоубийства. В случаях истинных суицидальных намерений – это наиболее травматичные способы – прежде всего повешения ($89,4 \pm 2,6\%$), затем падения с высоты и огнестрельные ранения. В случаях же привлечения внимания к себе таким неадекватным способом – медикаментозные отравления. Вскрытие поверхностных вен запястья выбиралось чаще для привлечения внимания, но встречалось и при истинном суицидальном поведении.

От суицидов в 3,1 раза чаще погибали юноши, проживавшие в сельской местности, нежели в городе ($p < 0,05$). Такая же тенденция сохранялась и среди девушек 15-17 лет сельской местности - завершенные суициды регистрировались в 2,2 раза чаще ($p < 0,05$).

На первом месте из проблем, характерных для подростков с суицидальным поведением, большинством пациентов назывались конфликтные отношения в семье – более чем в 75% случаев: это жесткие авторитарные методы воспитания с физическим и психологическим насилием над личностью, либо, напротив, отвержение родителями и избегание эмоциональной близости со своими детьми; на втором месте – неразделенные чувства – в 15% случаев, а затем конфликты в образовательных учреждениях и в компаниях сверстников – в 10% случаев.

Исходя из вышеизложенного, для успешной профилактики суицидального поведения у детей и подростков необходимы межведомственные усилия по развитию социальных служб помощи семье и детям.

Воропаев А. А., Данилова Е. Л.

УЗ «Витебский областной психоневрологический диспансер», Витебск

Психологическая коррекция гиперкинетических расстройств в детском возрасте

Гиперкинетические расстройства в детском возрасте характеризуются: ранним началом; сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства при выполнении задач;

тем, что эти поведенческие характеристики проявляются во всех ситуациях и обнаруживают постоянство во времени.

С точки зрения поведения, проблемы недостаточности внимания, как одного из основных познавательных процессов, составляют главный признак гиперкинетических синдромов.

Главными характеристиками гиперкинетических синдромов являются недостаточная настойчивость в деятельности, требующей когнитивных усилий и тенденция переходить от одного занятия к другому, не завершая ни одного из них, наряду с плохо организованной, слабо регулируемой и чрезмерной активностью. Эти недостатки обычно сохраняются во время школьных лет и даже во взрослой жизни.

С этими расстройствами могут сочетаться нарушения в сфере поведения. Гиперкинетические дети часто безрассудны и импульсивны, склонны попадать в несчастные случаи и получают дисциплинарные взыскания из-за необдуманного, а не откровенно вызывающего нарушения правил. Кардинальными признаками, необходимыми для диагноза, являются нарушенное внимание и гиперактивность, они должны выявляться более чем в одной ситуации (например, дома, в классе, в больнице).

Гиперактивность предполагает чрезмерную нетерпеливость, особенно в ситуациях, требующих относительного спокойствия. Это может в зависимости от ситуации включать в себя бегание и прыгание вокруг или вскакивание с места, когда полагается сидеть, или чрезмерную болтливость и шумливость, или ерзание и извивание. Обычными являются нарушения познавательной сферы и часты специфические задержки в моторном и речевом развитии.

Вторичные осложнения включают дисоциальное поведение и заниженное чувство собственного достоинства. Отмечается значительное совпадение гиперкинезии с другими проявлениями брутального поведения, таким как «несоциализированное расстройство поведения», которое с большей очевидностью сопряжено с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

Большую проблему в дифференциальном диагнозе представляет дифференциация гиперкинетического расстройства от расстройства поведения. Клинические проявления гиперкинетического синдрома соответствуют представлениям о задержке созревания структур мозга, ответственных за регуляцию и контроль функции внимания. Это делает правомочным его рассмотрение в общей группе искажений развития.

Единой причины синдрома нет, и его развитие может быть вызвано различными внутренними и внешними факторами (травматическими, обменными, токсическими, инфекционными, патологии беременности и родов и др.).

Среди них выделяют и психосоциальные факторы в виде эмоциональной депривации, стрессы, связанные с разными формами насилия, и т. п.

Большое место отводится генетическим и конституциональным факторам. Все перечисленные влияния могут приводить к той форме мозговой патологии, которая ранее обозначалась как «минимальная мозговая дисфункция». Именно с ней был связан клинический синдром вышеописанного характера, который и был назван гиперкинетическим.

В зарубежной литературе акцент в терапии этих состояний делается на церебральные стимуляторы. Рекомендуется использовать препараты, стимулирующие созревание нервных клеток (церебролизин, когитум, ноотропы, витамины группы В и др.), улучшающие мозговой кровоток (кавинтон, сермион).

Важное место в лечебных мероприятиях отводится психологической поддержке родителей, семейной психотерапии, установлению контакта и тесного сотрудничества с воспитателем и педагогами детских коллективов, где воспитываются или учатся эти дети, а также индивидуальной психологической коррекции пациентов.

Анализ патогенеза и этиологии синдрома позволяет определить основные направления психокоррекционной работы. Ими являются коррекция нарушений произвольного внимания и других познавательных процессов (мышления), а также коррекция эмоционально-волевой сферы.

Наиболее эффективными методами психокоррекции являются элементы игровой и сказкотерапии, арт-терапии, элементы НЛП и другие направления психотерапии, позволяющие сформировать адекватные эмоциональные и поведенческие паттерны, позитивную самооценку и компенсировать нарушения познавательной сферы пациента.

Психотерапия членов семьи ребенка с гиперкинетическим расстройством необходима и может проводиться методами рациональной и поведенческой терапии, а также методами семейной психотерапии с целью изменения внутрисемейных взаимоотношений.

Наиболее эффективными правилами работы с гиперактивными детьми являются:

- работать с ребенком в начале дня, а не вечером;
- дозировать и рассчитывать рабочую нагрузку ребенка;
- быть драматичным, экспрессивным педагогом;
- снизить требования к аккуратности в начале работы, чтобы сформировать чувство успеха;
- посадить ребенка во время занятий рядом с взрослым;
- использовать тактильный контакт (элементы массажа, прикосновения, поглаживания);
- договариваться с ребенком о тех или иных действиях заранее;
- давать короткие, четкие и конкретные инструкции;
- использовать гибкую систему поощрений и наказаний;

- поощрять ребенка сразу же, не откладывая на будущее;
- предоставлять ребенку возможность выбора.

Таким образом, психологическая коррекция является одним из важнейших условий в лечении гиперкинетических расстройств у детей и должна использоваться на ранних этапах терапии.

Григорьева Н. К., Алыко Т. Н., Третьяк И.Г., Сакович С. Л.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Применение нейромидина в детской психиатрии

Цель нашей работы – обсудить результаты лечения нейромидином больных детей при органических поражениях центральной нервной системы, с двигательными, речевыми, когнитивными расстройствами.

Из 93 наблюдаемых больных мы выбрали группу из 45 человек (возраст 5-6 лет), в анамнезе которых выявлялась недоношенность и малая масса тела при рождении. Ультразвуковое исследование обнаруживало отклонения в форме субэпиндимальных кист, расширение боковых желудочков. Часть детей этой группы прооперированы по поводу кист головного мозга.

Раннее поражение центральной нервной системы вызывало системное нарушение, затрагивающее в различной степени все психические процессы. Дети поздно (к 1,5 годам) начинали ходить, отмечалась задержка становления гуления, запаздывание фазы лепета, необращенность лепета к взрослому. К 2,5 годам у детей отмечалась слоговая элизия, замена гласных звуков, малый пассивный и специфически активный словарный запас. К 5 годам выявлялось недостаточное установление взаимосвязи между предметами и явлениями окружающей среды с речью, моторная неловкость, неподготовленность артикуляционного аппарата, дыхательной и голосо-образовательной систем, обеспечивающих звуковую сторону речи ребенка.

Коммуникативная функция речи формировалась на основе моделирования игровых ситуаций, направленных на общение с окружающими, обучение способам взаимодействия, формирование представлений о предметном мире, соотношение предмета со словом в пространственной ориентации, соединение ориентировочно-поисковых движений взгляда и моторики обеспечивало развитие зрительно-моторной координации, одновременно с включением речевых средств (звукоподражание, слоги, слова). Наряду с вышеописанными занятиями детям назначалось лечение нейромидином по 5 мг 3 раза в день, суточная доза 15 мг. Продолжительность курса лечения 2,5-3 месяца.

Для контрольной группы. Дети в возрасте 5-6 лет получали лечение церебролизином, пирацетамом, ноофеном, инстененом.

Детям основной группы проводилась монотерапия, в то время как дети контрольной группы получали лечение несколькими препаратами.

У детей основной и контрольной групп проблема недоношенности усугублялась задержкой внутриутробного развития.

В процессе лечения нейромидином, психолого-педагогической и логопедической работы у 37 детей с недоразвитием речи (1-2 ур. речевого развития) органического генеза лучше усваивался языковой и речевой материал (при повторяемости занятий и некотором дублировании предыдущего материала), закреплялись образы восприятия в слово, улучшалась речевая артикуляция и тонкая моторика. У 8 детей продвижения в интеллектуальном и речевом развитии нами не наблюдалось. Однако, у них отмечалось улучшение в развитии общих моторных функций и тонкой моторики. Нейромидин благоприятно влиял на поведение пациентов и повышал степень адаптации к повседневной жизни.

Дети контрольной группы также продвигались в речевом развитии, но в отличие от основной группы, у них оставалась проблема в совершенствовании тонкой моторики, речевой артикуляции, а также низкий уровень адаптации в окружающей среде из-за поведенческих расстройств.

Таким образом, нейромидин обладает высокой клинической эффективностью. Оказывает ноотропное действие, улучшает когнитивные функции, обладает вазоактивным и вегетотропным свойством. Хорошо переносится детьми, экономически доступен. Может применяться в качестве монотерапии.

Данилова Е. Л., Селезнева Е. С., Шапиро А. Ю.

УЗ «Витебский областной психоневрологический диспансер», Витебск

Опыт работы с детьми, страдающими аутистическими расстройствами, в Витебской области

Аутизм – очень сложная и актуальная проблема, которая затрагивает не только медицинский, но и социальный аспект.

В Витебской области распространенность различных форм аутизма составляет 20.1 на 100 тысяч детского населения (или 51 ребенок). В г.Витебске этот показатель выше – 30.7 на 100 тыс.дет.нас. (или 26 человек), что связано с доступностью детской психиатрической помощи и более ранней диагностикой аутистических расстройств.

Из всего количества детей с данной патологией 88.2% составляют мальчики.

В г. Витебске все дети охвачены системой дошкольного и школьного образования. Из них 11.5% детей обучаются по общеобразовательной программе, 13.8%

- по программе для детей с тяжелыми нарушениями речи, 34,6% - по программе для детей с трудностями в обучении и 38,4% обучаются по программе для детей с умственной отсталостью. В течение 2-х лет на базе центра функционирует специализированный класс для аутичных детей с умственной отсталостью.

41% наблюдающихся – дети дошкольного возраста.

11,5% детей обучаются на дому, в связи с нарушениями поведения или частыми эпилептическими припадками.

На сегодняшний день большинство исследователей придерживаются мнения о полиэтиологии аутизма. Основными концепциями является биологическая, по которой РДА возникает вследствие генетической предрасположенности и органического поражения ЦНС, и социальная концепция, более разработанная в рамках психоаналитического подхода в западных странах. В соответствии с этим мы понимаем, что подход к лечению аутистических расстройств должен быть комплексным, т.е. необходимо задействовать все структуры, окружающие аутичного ребенка:

- родители, семья,
- школа, детский сад,
- специалисты- медики.

■ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Принцип лечения детей с аутистическими расстройствами основан на мультидисциплинарном подходе. В г. Витебске в областном психоневрологическом диспансере работает мультидисциплинарная бригада, состоящая из врача-психиатра, психотерапевта, психолога, медицинской сестры, при необходимости могут привлекаться другие специалисты (невролог, логопед). Врач психиатр является координатором работы бригады, который использует в основном принципы профилактики и лечения аутистических расстройств:

- Ранняя диагностика (максимально ранняя терапия – прогностически благоприятный фактор).
- Работа с родителями (объяснять природу расстройства и обсудить необходимые мероприятия, привлечь родителей к тесному сотрудничеству).
- Социализация ребенка в детский коллектив (причем предпочтительно помещать ребенка в группу с детьми с сохранным интеллектом, которые являются ролевыми моделями для детей с РДА).
- Образовательная работа со специалистами учреждений образования.
- Постоянная длительная психологическая коррекция.
- Использовать не одну методику, а все, что работает с данным ребенком.

Добряков И. В.

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

Современные проблемы организации перинатальной психологической и психотерапевтической помощи населению

30 марта 2006 года Министерство здравоохранения Российской Федерации издало приказ № 223, согласно которому в целях совершенствования и дальнейшего развития акушерско-гинекологической помощи рекомендуется включить в структуру женской консультации кабинет психотерапевта (медицинского психолога), однако выполнение этого сталкивается с целым рядом трудностей.

Трудности сотрудничества врачей и психологов. Долгие годы в акушерской практике психологические проблемы практически игнорировались. Патерналистские установки акушеров-гинекологов порождали и порождают большое количество ятрогений. Попытки удовлетворить растущие в последние десятилетия потребности в перинатальной психологической помощи при отсутствии соответствующих квалифицированных специалистов привели к тому, что нередко за оказание психологической перинатальной помощи и даже за психотерапию брались невежественные в этих вопросах люди. Их неграмотные действия, противопоставление себя врачам дискредитировали в глазах последних перинатальную психологию и психотерапию вообще. В связи с этим в ряде медицинских учреждений приход медицинского психолога или психотерапевта воспринимается негативно, выполнение приказа Министерства нередко саботируется.

Острый кадровый дефицит квалифицированных специалистов в области перинатальной психологии и психотерапии в настоящее время пытаются восполнить за счет соответствующих курсов обучения, как правило, организуемых частными структурами. При этом перинатальных психологов готовят значительно больше, чем психотерапевтов. Многие вообще не видят и не понимают разницы между психологом и психотерапевтом, разницу их функциональных обязанностей. Это находит отражение и в нечеткости формулировки приказа, допускающей работу в психотерапевтическом кабинете и медицинского психолога и психотерапевта. Представляется целесообразным, чтобы в психотерапевтических кабинетах женских консультаций работали преимущественно медицинские (клинические) психологи, прошедшие тематическое усовершенствование в области перинатальной психологии, психопатологии по программам и учебным планам государственных учреждений, занимающихся последипломным образованием. Психологи должны уметь проводить скрининговое, а при необходимости углубленное психодиагностическое обследование, позволяющие выделять группы женщин, нуждающихся в психопрофилактической работе, в психокоррекционной помощи, в психотерапии. При необходимости психотерапии, медицинский психолог должен иметь возмож-

ность направить женщину на консультацию к психотерапевту, прошедшему повышение квалификации по перинатальной психотерапии. Важно уделить внимание разработке психологического инструментария для исследования специфических проблем перинатального периода. Способствовать решению названных проблем может издание подготовленных методических рекомендаций по организации кабинета психотерапии в женской консультации, лицензирование программ тематического усовершенствования по перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии в государственных учреждениях дополнительного последиplomного образования.

Евдокимов Е. Л.

УЗ «МЦРБ Заславская городская больница», Заславль

Качество жизни детей с хроническими дерматозами

«Качество жизни» - понятие, охватывающее многие стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья, но и условиями жизни. Термин качество жизни возник в процессе формирования гуманистической социальной политики исходя из необходимости адаптации человека к изменившимся условиям существования в связи с болезнью [Гордеев В. И, Александрович Ю. С., 2001].

Медицинские аспекты качества жизни включают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности, а также, влияния лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Оценка здоровья и его влияние на качество жизни, особенно в случае хронических заболеваний, позволяет медикам следить за эффективностью лечения и реабилитационных мероприятий [Пушкарев А.Л., Аринчина Н. Г., 2004]. Понятие качество жизни носит скорее субъективный характер, но эти субъективные элементы заслуживают большого внимания при решении вопроса о здоровье пациента по сравнению с традиционно используемыми биомедицинскими показателями. Объективизации помогают определенные методики [Гордеев В. И, Александрович Ю. С., 2001].

При исследовании качества жизни в области педиатрии необходимо отметить следующую важнейшую деталь: если у взрослых показателями физической и социальной активности являются профессиональная деятельность, поведение в обществе, то у детей младшего возраста – уровень игровой активности, общение с детьми, а в школьном возрасте – адаптация ребенка в школе, его взаимоотношения со сверстниками, школьная успеваемость. Окружение играет гораздо большую роль в детском возрасте, нежели у взрослых [Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., и др., 2005].

Особенностью второй половины XX века является существенное изменение структуры заболеваемости человека, в частности болезней кожи, что характеризуется увеличением удельного веса хронических дерматозов.

У детей увеличение удельного веса хронических дерматозов связано с ростом аллергической патологии, генетической нагрузки, с пищевой сенсibilизацией и с изменениями кожного и кишечного биоценоза.

Длительное изнуряющее течение хронических дерматозов с многочисленными рецидивами, как правило, приводит к чрезмерному напряжению реактивных сил организма, что влечет за собой возникновение физических и психологических нарушений с развитием признаков, характерных для синдрома хронической усталости с астенической симптоматикой, что является фоном снижения качества жизни [Довжанский С.И.,2001].

Существует ряд работ, характеризующих качество жизни больных различными заболеваниями кожи [Адашкевич В. П.,2003, Довжанский С.И.,2001]. Особый интерес заслуживают работы, описывающие качество жизни с отдельными дерматозами, где используются общие и частные опросники [Basra MK, Edmunds O, Salek MS, Finlay AY.,2008,].

Однако до настоящего времени не проводилось всестороннее изучение качества жизни детей с хроническими дерматозами в процессе лечения, с различных позиций, учитывая клинические особенности течения и влияния на семью. В связи с этим является актуальным оценить качество жизни детей с хроническими кожными заболеваниями, выработав четкий алгоритм.

Елисеев М. В.

ГУЗ «Псковская областная психиатрическая больница №1», д. Богданово, Псков

Реабилитация детей и подростков в 9-м соматопсихиатрическом отделении ГУЗ «ПОПБ №1» д. Богданово

Цель реабилитации заболевших детей – восстановление утраченного социального статуса, возвращение к прежней учебной и другой деятельности или сохранение у них такого социального статуса и уровня активности, который соответствует их возможностям.

В 9-м соматопсихиатрическом отделении – 20 детских коек. В процентном соотношении поступление на детский пост представлено следующим образом: умственная отсталость (42%), поведенческие и эмоциональные расстройства (27 %), органические расстройства (18%), шизофрения (5%), невротические расстройства (5%), другие расстройства (3%).

■ КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ

1. Организация полипрофессиональной бригады, в которую включены: психиатр, психотерапевт, психолог, социальный работник. Психиатр участвует в создании групп, но в большей степени осуществляет все виды медикаментозного лечения, обследования в соответствии со стандартами. Психотерапевт проводит индивидуальную консультацию с ребенком, для достижения необходимой мотивации для работы в группе. Группы в отделении создаются совместно психиатром и психотерапевтом, но ведут их психотерапевт и психолог. Психолог проводит ЭПИ до начала работы группы и в динамике. Задачей такой группы является тренинг социальных навыков. Роль социального работника в данной бригаде направлена на работу с родственниками пациентов и на работу с группой детей вне отделения (например, организация и посещения планетария, парка, эколого-биологического центра).
2. Организация социально-поддерживающей среды. Обучение детей по общеобразовательной программе, по программе 7 вида (для детей с задержками психического развития), по программе 8 вида (для умственно отсталых детей), по программе 5 вида (для детей с речевой патологией). Логопедическая коррекция речи.
3. Организация психообразовательных программ для детей и их родителей, медперсонала, педагогов. Составление программы для медперсонала, педагогов, где сделан акцент на модели общения с больными разного возраста, разной нозологии, разного социального статуса. С детьми проводится обсуждение предлагаемого им материала. С родственниками темы занятий максимально приближены к реально существующим проблемам конкретно их детей, общения с больным ребенком в зависимости от синдрома с акцентом на социально-значимые моменты в жизни семьи.
4. Организация воспитательно-педагогической работы. Игротерапия, музыкотерапия, культуротерапия, библиотерапия, терапия творческим самовыражением. В отделении проводятся утренники, поздравления с днем рождения, выпускается стенгазета, организованы ежедневные прогулки.
5. Организация терапии занятостью по помощи персоналу и трудотерапия. Пациенты детского поста поддерживают в чистоте и порядке игровую комнату, создают уют в палатах, ухаживают за растениями, птицами (попугайчики), ведут библиотекой, приводят в порядок книги. На прогулочной площадке дети убирают территорию, сажают цветы, ухаживают за ними.

Залогом успеха реабилитационной работы в психиатрическом стационаре являются единство взглядов и согласованность действий медицинского и педагогического персонала.

Емельянцева Т. А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Синдром дефицита внимания и гиперактивности: исследование «семейного стресса»

В рамках проведения психообразовательной программы для родителей по проблемам СДВГ (синдрома дефицита внимания и гиперактивности), начиная с марта 2008г. по настоящее время нами было исследовано 104 семьи, где воспитывается ребенок с установленным диагнозом F90 с целью обоснования предложенного нами метода работы и оценки его эффективности.

В списке основных проблем, волнующих родителей чаще всего указывались «качели» успеваемости в школе, «неправильное» поведение в общественных местах, упрямство, непоследовательность, нежелание взрослеть, трудности в общении с другими детьми, невозможность предвидеть последствия своих поступков.

Чувство «социального одиночества» испытывали около 70% родителей. Непонимание другими родителями и учителями причин импульсивного, а порой агрессивного поведения ребенка с СДВГ в школе, требования перейти в другую школу... Иногда – заявления в милицию и административные штрафы в размере от 10 до 30 базовых величин за «плохое воспитание» вместо помощи... Порой неосознанное оппозиционное поведение самих родителей, которые недопонимают, что авторитет школы и учителя лучше поддерживать и пытаться вместе решать проблемы.

Чувство «вины» за «плохое воспитание» ребенка испытывали половина родителей - состояние, близкое к депрессивному, некоторые родители действительно нуждались в назначении антидепрессантов.

Дети с СДВГ – «врожденные оппозиционеры». В силу их крайней нетерпеливости им, как правило, проще сказать «нет», чем прилагать усилия. Они прекрасно понимают чувство других людей и знают «на какую кнопку нажать», чтобы добиться своего любой ценой. С ними трудно, иногда родителю проще выполнить что-то самому, чем терпеливо добиваться исполнения от ребенка. Гиперопека отмечается в 22% случаев и, к сожалению, усиливает реакции оппозиции детей с СДВГ, как и непоследовательное воспитание (в 40% случаев).

Важно понимать, что СДВГ – «диагноз на годы». Родителям часто не хватает терпения, в 55% случаев они часто «срываются на крик» вместо спокойного объяснения.

Таким образом, психообразовательная работа с родителями в отношении патогенетических механизмов СДВГ помогает понять проблемное поведение ребенка, формирует адекватные ожидания от него.

Объяснение эмоциональных проблем ребенка с СДВГ учит родителей с любовью и терпением относиться к проблемам его обучения и воспитания, показывает важность сохранения семейных отношений и совместного воспитания.

Научение пошаговым приемам поведенческой терапии позволяет использовать эффективные приемы воспитания.

Психообразовательная программа для родителей по проблемам СДВГ, проводимая в формате групповых встреч, дает ощущение психологической поддержки и часто переходит в оказание самопомощи родителями друг другу.

Эффективность психобразовательной работы отслеживается в снижении показателей «семейного стресса»: уменьшении ощущения «социальной изоляции» более чем на 50%, уменьшении чувства вины и родительской некомпетентности более чем на 60%, улучшении супружеских отношений на 30%, более терпеливом отношении к проблемам ребенка.

Внедрение данного метода работы в комплексном лечении СДВГ является обоснованным и целесообразным.

Емельянцева Т. А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Эффективность ноотропных лекарственных средств в лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности

«Неугомонные», «непослушные», «несобранные», «без тормозов» дети доставляют массу проблем педагогам и собственным родителям. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей (СДВГ) приводит к нарушению обучения в школе и поведенческие проблемы, затрудняя процесс социализации ребенка в обществе.

Тем не менее, СДВГ является медицинским диагнозом, рассматривается в рубрике гиперкинетических расстройств F90 и требует от врача-психиатра определенных знаний в вопросах дифференциальной диагностики и эффективного лечения.

Сам термин «Синдром...», на наш взгляд, является не очень удачным в попытке перевести Attention Disorders Hyperaction Disorders (ADHD). Скорее всего, возникновение формулировки «синдром» дефицита внимания и гиперактивности связано с традиционными взглядами в области отечественной психиатрии «постсоветского пространства», когда «гипердинамический синдром» чаще всего упоминался в структуре диагноза «Последствия раннего органического поражения ЦНС...». Современные российские протоколы лечения СДВГ (2008г.) все еще рассматривают «энцефалопатическую» форму СДВГ, наряду с «дизонтогенетической».

В рамках клинического эпидемиологического исследования, проводимого на базе Минского городского клинического детского психоневрологического диспансера, за период с января 2008г. по сентябрь 2009г. нами было обследовано 269

детей с установленным диагнозом гиперкинетического расстройства F90 (преимущественно гиперкинетического расстройства поведения F90.1).

Важно отметить, что в большинстве случаев (около 70%) причиной СДВГ являлись «семейные факторы»: подобные нарушения внимания и гиперактивности/импульсивности родители отмечали у себя. Только у 19 детей на момент осмотра гипердинамический синдром наряду с невысокими (пограничными) показателями интеллектуального развития отмечался в рамках диагнозов F07 и F83 (смешанного специфического расстройства развития).

Однако более 30% детей с СДВГ в анамнезе или на момент осмотра имели специфические расстройства развития речи F80, у большинства детей (в 85%) периодически имелась невротическая симптоматика в виде тиков, энуреза, энкопреза, заикания, страхов.

Приведенные данные указывают на определенную задержку развития нервной системы и ее «слабость» в отношении стрессовых факторов. Это приводит к пониманию того, что ноотропные лекарственные средства не могут быть достаточно эффективны в лечении СДВГ, т.к. не решают проблем дефицита дофамина, но могут быть эффективны в отношении сопутствующих психиатрических диагнозов, указанных выше.

Детским психиатрам хорошо известен тот факт, что дети с СДВГ достаточно часто могут давать «парадоксальные» реакции на ноотропные препараты. Поэтому в списке «надежных» ноотропных лекарственных средств γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид (ноофен, фенибут). Являясь в равной степени производным ГАМК и β -фенилэтиламина, указанное химическое вещество оказывает не только прямое действие на мозг, но и опосредованное - через дофаминергическую систему. Конечно, эффективность его нельзя сравнивать с эффективностью психостимуляторов при лечении СДВГ, но при лечении сопутствующих невротических расстройств назначение ноофена, фенибута является оптимальным.

Зиматкина О. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Психологические типы у детей подросткового возраста

Выделение отдельных типов личности или психотипов в педиатрической (медицинской) практике необходимо для выработки дифференцированного подхода к ребенку. Вопросы организации ухода, питания, воспитания, специфической и неспецифической профилактики заболеваний следует решать, в том числе и исходя из психологических особенностей.

Цель данной работы – с помощью методов прикладной статистики выделить отдельные психологические типы у детей подросткового возраста достоверно различающиеся по основным психологическим показателям.

Для реализации этой цели были использованы данные, полученные при тестировании 1902 детей и подростков профессиональным опросником Обухова С.Г., предназначенным для диагностики состояний и свойств личности обследованных, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения.

Установлено, что 5 – это максимальное количество кластеров, при котором средние значения исследуемых психологических показателей, рассчитанные для детей, вошедших в каждый кластер, при попарном сравнении с аналогичными показателями всех других кластеров существенно различаются. При таком количестве групп определялась высокая достоверность при сравнении методом Шеффе всех пар по всем анализируемым признакам (во всех случаях $p < 0,001$). Установлено:

- для психотипа 1 – темперамент сангвиника и акцентуация характера гипертимного круга у 456 детей;
- для психотипа 2 – флегматический темперамент и шизоидная акцентуация характера у 418 детей;
- для психотипа 3 – меланхолический темперамент и ананкастно-тревожная акцентуация у 399 детей;
- для психотипа 4 – промежуточный тип темперамента с преобладанием черт сангвиника и гипертимная акцентуация у 304 детей;
- для психотипа 5 – холерический темперамент и истероидная акцентуация характера у 325 детей

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о необходимости разнонаправленного психотерапевтического подхода к представителям различных психотипов с целью профилактики и коррекции в первую очередь психосоматических нарушений.

Коваль-Зайцев А. А., Симашкова Н. В.
НЦПЗ РАМН, Москва

Коррекция когнитивных нарушений у детей с аутистическими расстройствами процессуального генеза

■ ВВЕДЕНИЕ

Проблема диагностики и лечения различных форм эндогенного аутизма в детском возрасте привлекает все большее внимание психологов, клиницистов, биологов, становясь мультидисциплинарной. Абилизация больных детским аутизмом требует освоения новых комплексных средств, применяемых для психологической диагностики, и разработки на основе полученных данных индивидуальных коррекционных программ.

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка изменений высших психических функций у больных с эндогенным аутизмом в ходе абилитации с учетом зоны ближайшего развития при применении Психологообразовательного теста.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

28 больных в возрасте от 3,5 до 7 лет с эндогенными формами аутизма (МКБ-10, 1999 – F84.0 и F84.1), проходившие лечение (базисная терапия нейролептиками и ноотропами в возрастных дозах) и реабилитацию в дневном полустационаре НЦПЗ РАМН. Больные переносили кататонические, регрессивно-кататонические манифестные приступы психоза с выраженными когнитивными нарушениями. Применялись клиничко-психопатологический и патопсихологический метод. Выраженность когнитивных нарушений и степень зрелости высших психических функций (ВПФ) больных (подражание, восприятие, мелкая моторика, крупная моторика, координация рук и глаз, вербальные когнитивные функции и исполнительные когнитивные функции) оценивалась в динамике по Психологообразовательному тесту (английская аббревиатура РЕР) – с интервалом в 3 месяца. Следуя традициям отечественной школы патопсихологии, особое внимание нами уделялось качественному анализу результатов выполнения различных субтестов РЕР. Под «зоной ближайшего развития» мы понимаем удовлетворительный результат выполнения субтеста (для той или иной психической функции ребенка). Использование Психологообразовательного теста с выявлением зоны ближайшего развития при патопсихологическом обследовании детей с детским аутизмом процессуального генеза определяло специфику индивидуальных коррекционных программ для каждого ребенка. В соответствии с принципом разносторонности усилий с целью реализации абилитационной программы, такой подход позволил проводить целенаправленную точечную коррекционную работу, улучшая тем самым эффективность самой абилитации. Таким образом, по материалам РЕР выявлялась зона ближайшего развития больных аутизмом и создавалась индивидуальная коррекционная программа.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведена целенаправленная точечная когнитивная коррекция в зоне ближайшего развития ВПФ. После коррекции у всех детей отмечалась статистически достоверная (при $P < 0,05$) положительная динамика в развитии когнитивных функций (по РЕР): значительно улучшалась импрессивная и в меньшей степени экспрессивная речь; улучшались познавательная активность, мелкая и крупная моторика у больных с эндогенными аутистическими расстройствами.

■ ВЫВОДЫ

Использованная методика дает возможность увидеть, количественно оценить и качественно проанализировать общие и различные черты в структуре

нарушений психической деятельности по различным сферам при эндогенном аутизме. Проведенное комплексное клинико-психологическое исследование показало эффективность применения Психологообразовательного теста для разработки индивидуальных абилитационных и реабилитационных программ и результативность применения последних в работе с детьми, страдающими аутистическими расстройствами. Использование новых подходов к реабилитации больных с выявлением зоны ближайшего развития при помощи Психологообразовательного теста представляется перспективным у больных с эндогенным аутизмом.

Корнеева В. А., Шевченко Ю. С.

Российская медицинская академия последипломого образования, Москва

Обоснование использования нейропсихологической коррекции при психопатиях у детей и подростков

Причины дизонтогенеза эмоционально-волевой сферы, приводящие к формированию «уродства характера», могут быть самыми различными. Имеют значение наследственно-конституциональные и экзогенные факторы, в том числе резидуально-органические. Разграничение «ядерных» (наследственно-конституциональных) и «органических» (экзогенно-органических) психопатий весьма условно. Встречаются многочисленные генетические формы лобной недостаточности, проявляющиеся в виде расстройств личности. Неспособность психопатов учиться на собственных ошибках приводит к предположению о наличии специфического дефекта не в формальном интеллекте, а в иных детерминантах произвольного поведения, заставляющих психопата постоянно «наступать на одни и те же грабли».

В этом контексте показательно сравнение пациентов из группы психопатий и акцентуаций характера, которое продемонстрировало четкую параллель между степенью отклонения от нормы характерологической структуры личности и выраженностью несовершенства прогностических (в частности пространственных, временных и ситуационно-личностных) механизмов регуляции поведения (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002).

Связь общей или парциальной личностной незрелости психопатов с дизонтогенезом на уровне высшей нервной деятельности, обеспечивающей способность обучаться на собственном опыте, актуализирует поиск психокоррекционных подходов не только «сверху-вниз» - от личностного роста к прогностической компетентности, но и «снизу-вверх» - от исправления психических функций (в том числе с помощью сенсомоторной нейропсихологической коррекции) к гармонизации личности.

Сенсомоторная коррекция, утвердившаяся как весьма эффективная компенсующе-реабилитационная и реконструктивно-развивающая технология в детско-подростковом возрасте (Симерницкая Э.Г., 1985; Семенович А.В., 2002; Корнеева В.А., 2002; Горячева Т.Г., Султанова А.С., 2003), по-видимому, имеет перспективы использования и на последующих этапах онтогенеза. Непрерывная, постоянно усложняющаяся интеллектуальная работа пациента в процессе выполнения физических упражнений, «развивающая мозг», отличает грамотно проводимую нейропсихологическую коррекцию от тренирующих мышцы физкультурных занятий, с которыми порой ошибочно идентифицируют данную методику.

Ведущая роль в обеспечении пространственно-временных и ситуационно-личностных компонентов предвосхищения и вероятностного прогнозирования, а также в идентификации, осознании и воспроизведении эмоций принадлежит межполушарным механизмам высшей нервной деятельности, созревающим в процессе онтогенеза (Шмарьян А.С., 1949; Лурия А.Р., 1973, 1979; Анохин П.К., 1975; Бехтерева Н.П., 1980; Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981; Симонов П.В., 1981, 1987; Хомская Е.Д. и соавт. 1992, 1997; Сидорова О.А., 2001).

Психо-биологическая роль эмоций, как первичной формы психического отражения проявляется на всех этапах организации человеческого функционирования. На нижних этапах эмоции проявляются протопатическим чувством удовольствия или неудовольствия, сомато-вегетативными феноменами и инстинктивными поведенческими реакциями. Эти три компонента у младенца обеспечивают триединую задачу природно-психической адаптации - социальный сигнал, регуляцию внутренней среды, приближение или удаление от источника, вызвавшего эмоциональную реакцию.

Утрата уже сформированных функций взрослым человеком ставит вопрос об их реконструкции, либо компенсации за счет оставшихся сохранными уровней мозга (Визель Т.Г., 1996), тогда как нарушение сроков созревания тех же функций в детском возрасте ставит вопрос о «формирующем обучении» (Цветкова Л.С., 1998).

Нарушение процесса нейроонтогенеза создает основу психического дизонтогенеза (Сухарева Г.Е., 1955; Ушаков Г.К., 1973; Ковалев В.В., 1997, 1985, 1995), представленного в той или иной степени в потребностно-мотивационной, когнитивно-мнестической, социально-коммуникативной и деятельностно-волевой сферах пациента-клиента.

Чем меньше возраст ребенка, тем в большей степени клинически неспецифичные приемы сенсомоторной (нейропсихологической) коррекции низших и высших психических функций способны обеспечить первичную и вторичную профилактику индивидуально неадекватного психического отражения, следствием которого являются психогенные эмоциональные, сомато-вегетативные, психомоторные и поведенческие расстройства. Тогда же, когда имеет место уже «закрытая», стабилизировавшаяся ущербная система эмоционального распознавания и вероятностного прогнозирования, их целенаправленная компенсация предполагает все

более специфический, индивидуализированный и лично опосредованный характер. Иными словами, речь идет о встречном «снизу вверх» и «сверху вниз» формировании «антиципационной состоятельности» (Менделевич В.Д., 2002) и эмоциональной компетентности, определяющих адекватность или неадекватность поведения.

Высказанные положения обусловили включение нейropsychологической коррекции в концепцию многоуровневого подхода к профилактике и лечению психопатий, представленной в тезисах профессора Ю.С.Шевченко, напечатанных в этом же сборнике.

Северный А. А., Баландина Т. А.

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Психическая патология и психотерапия в семьях детей, страдающих психосоматическими расстройствами

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление семейных особенностей, оказывающих влияние на проведение терапии при психосоматических расстройствах у детей и подростков.

■ МАТЕРИАЛ

Психотерапевтический подход был применен в семьях 64 больных детей и подростков, лечившихся в педиатрической клинике в связи с различными функциональными соматовегетативными нарушениями, которые трактуются нами как проявления психовегетативного диатеза. Родители во всех семьях страдали различными формами психических нарушений: более чем в половине семей речь шла об аффективной и шизоаффективной патологии включая приступообразную шизофрению и манифестный аффективный психоз, в 1/3 семей – о выраженных личностных аномалиях уровня психопатии различных типов.

■ МЕТОДЫ

Применялся комплекс психосоциальных и психодиагностических методик для определения особенностей семейной структуры, межперсональных и детско-родительских отношений, позволивший получить описание как свойств отдельных членов семьи, так и их взаимоотношений, а также общую характеристику семейной структуры. На основании полученных данных формулировался «семейный диагноз», выделялись «ядерные» и «опосредованные» зоны расстройств семейной системы как объекты психотерапевтических воздействий, определялись методы коррекции и прогноз результата психотерапии.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех обследованных семьях внутрисемейные отношения характеризуются как дисгармоничные, что проявляется в сексуальной дисгармонии, конфликтах, пассивно-отстраненной позиции отца и избыточной симбиотической связи матери с ребенком. Последняя способствует развитию и хронификации у матерей тревожно-фобических состояний, в основе которых лежит страх за детей, их физическое здоровье, усугубляемый неопределенностью педиатрической диагностики и малой эффективностью соматотропной терапии. При этом дисгармония внутрисемейных отношений углубляется в связи с амбивалентным отношением родителей к заболеванию ребенка: гиперопекой, ограничением его активности, контактов, с одной стороны, и подчеркиванием его несостоятельности, гиперпротекцией, с другой. Все это приводит к формированию «внутрисемейных коалиций» (больной-родитель против другого родителя), а порой и к распаду семьи, к проявлениям ревности, нарушениям поведения, агрессии со стороны другого ребенка, если он есть в семье. В целом, дисгармоничные семьи могут быть охарактеризованы преимущественно как гиперпротективные, ригидные, не способные к разрешению конфликтов.

Анализ психопатологических и межперсональных нарушений в семьях больных детей позволил построить целенаправленную семейную терапию, которая в 2/3 случаях сочеталась с психотропным лечением (направленным в основном на коррекцию тревожно-фобических состояний, а также аффективных расстройств биполярного круга у матерей).

В тех случаях, когда удавалось провести достаточный курс намеченной терапии, достигался значительный эффект в плане выравнивания эмоционального фона пациентов, сглаживания внутрисемейной напряженности, улучшения адаптации больного ребенка. Важно отметить, что, как правило, те родители, которые соглашались на прием психотропных препаратов (или сами просили о нем) и аккуратно выполняли медикаментозные назначения, охотнее шли и на психотерапевтический контакт, что способствовало достижению общего позитивного эффекта.

Симашкова Н. В., Якупова Л. П., Ключник Т. П.
Научный центр психического здоровья, Москва

Междисциплинарные подходы к проблеме детского и атипичного эндогенного аутизма

Частота встречаемости аутистических расстройств в детстве за последние 30-40 лет существенно повысилась: от 4-5 человек до 50-100 на 10 000 детей. В 50% случаев аутистические расстройства связаны с выраженными проявлениями психозов, основное место среди которых занимают атипичный детский психоз и детский психоз.

При атипичном детском эндогенном психозе манифестные регрессивно-кататонические приступы возникают аутохтонно на фоне диссоциированного аутистического дизонтогенеза в 14-18 месяцев жизни. Первоначально возникают негативные (аутистические и регрессивные), затем – позитивные расстройства тяжелого кататонического регистра. Течение заболевания приближается к непрерывному с волнообразным углублением кататонических расстройств. Тяжелый аутизм сохраняется также и в ремиссии. Нейрокогнитивный дефицит также сохраняется на всех этапах психоза; речь у детей не восстанавливается или не формируется. Все больные не обучаемы. Длительность психоза – 3-4,5 года. Так как бред и галлюцинации у больных не проявляются в течение жизни, а олигофреноподобный дефект сложно отличить от псевдоорганического, спустя 3-4 года, атипичный детский психоз по критериям МКБ-10, шифруют в рубрике «общих нарушений психологического развития» как F84.1, а не как детскую шизофрению, опасаясь «стигмы в психиатрии».

При детском психозе [детском аутизме процессуальном (F84.02)] манифестные кататонические психозы начинаются с продуктивных кататонических расстройств на фоне диссоциированного дизонтогенеза или нормального развития. Кататонические расстройства являются ведущими, протекают бурно и волнообразно. В периоды их ослабления отмечают неврозоподобные, психопатоподобные и аффективные расстройства. В ремиссии отмечается гиперкинетический синдром (как вторичное негативное расстройство на выходе из кататонии). Аутистические расстройства утрачивают позитивную составляющую, когнитивные нарушения купируются, формируются эмоции. При манифестации детского психоза полиморфными приступами кататонические расстройства отмечаются только в психозе, в ремиссии сглаживаются проявления аутизма. Задержка психического развития преодолевается. Продолжительность кататонических и полиморфных приступов от 1,5 до 3 лет. Исход детского процессуального аутизма благоприятный: практическое выздоровление (6%); одноприступное течение с формированием «высоко функционального аутизма» (60%); регрессиентное течение с обострениями в пубертатном возрасте без бреда и галлюцинаций (34%). Это позволяет относить детский эндогенный психоз к «нарушениям психологического развития».

Вышеописанные типы эндогенного психотического аутизма имеют разные нейрофизиологические маркеры. При атипичном детском психозе на ЭЭГ преобладает тета-ритм как ритм регресса. Альфа-ритм, если присутствует, то снижен. При детском психозе тета-ритм никогда не прослеживается; в периоде психоза преобладает бета-ритм и регистрируется неравномерный по частоте альфа-ритм. В ряде случаев в ремиссии наряду с альфа-ритмом отмечается довольно выраженный сенсомоторный ритм.

Детский и атипичный эндогенные психозы отличаются также по ряду иммунологических показателей, вовлеченных в процессы развития мозга. Так, для атипичного детского эндогенного психоза с прогрессиентным течением, но не для детско-

го аутизма процессуального, характерен выраженный аутоиммунный компонент к нейроантигенам. Активность лейкоцитарной эластазы повышена при обеих формах аутизма и коррелирует с остротой психоза.

Сулимова Н. В., Уласень Т. В.

СОГУ «Смоленский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс», Смоленск

Особенности психокоррекционной работы с родителями воспитанников социозащитного учреждения

Вопросы социальной адаптации и реабилитации детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации в связи с аномальными психосоциальными условиями остаются, безусловно, актуальными в настоящее время. Создание социально-реабилитационных центров в настоящее время является наиболее востребованным, так как в них созданы условия не только для физической и психической реабилитации несовершеннолетних, но и для социальной адаптации и формирования здорового образа жизни. Однако реабилитационные центры являются депривационными учреждениями, и пребывание в них воспитанников само относится к категории «психотравмирующей ситуации», что может привести к формированию или декомпенсации уже имеющихся психопатологических расстройств непсихотического уровня.

В связи с этим в СОГУ «Смоленский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс», функционирующим с 1995 года (вначале в качестве приюта), приоритетными направлениями являются поддержание связей с родителями (матерью), сохранивших родительские права, и возвращение ребенка в кровную семью. Осуществление этого направления стало возможным при достаточном укомплектовании штатов следующими специалистами: педагогами-психологами, логопедами, психиатром, инструкторами по труду и музыкальному руководству, педагогом-организатором, специалистами по социальной работе. В социально-реабилитационном центре «Феникс» организовано комплексное сопровождение воспитанников на протяжении всего времени пребывания (в среднем 6 месяцев). Реабилитационная работа строится с учетом био-психосоциального подхода в оказании помощи детям и подросткам с опорой на активное сотрудничество с родителями кровной семьи, базирующееся на договорной основе между центром и родственниками подопечных. Хорошо зарекомендовал себя отпуск детей и подростков в кровную семью на выходные дни. Периодическое пребывание в семье смягчает депривацию, способствует формированию компетентных коммуникативных связей и повышению стрессоустойчивости. Со всеми воспитанниками проводится индивидуальная и групповая психотерапия, определяемая

лично-типологическими особенностями детей и подростков, их адаптационными возможностями психосоциального функционирования и длительностью пребывания в реабилитационном центре. В ходе подобного опыта работы между воспитанником центра и его кровной семьей (через 2-3 месяца от ее начала) начинается семейная психотерапия с акцентом на данных родительских репрезентаций, полученных при использовании опросника АДОР. Результатом такой комплексной работы СОГУ «Смоленский социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Феникс» является сохранение и улучшение в 50% случаев коммуникативных связей между воспитанниками и их кровными семьями (по итогам годового отчета).

Худяков А. В., Урсу А. В.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Некоторые социально-психологические особенности подростков с компьютерным игровым аддиктивным поведением

Данное сообщение является фрагментом работы, посвященной изучению игрового поведения несовершеннолетних, основанной на массовом (1054 человека) анонимном анкетировании учащихся в возрасте от 8 до 18 лет. Игровая деятельность на компьютере достаточно распространена среди обследованного контингента (68,3%), особенно среди младших школьников (81,7%). Доля игроков среди студентов вузов и учащихся училищ составила соответственно 57,3% и 64,2%. Треть опрошенных (а среди младших школьников половина) иногда (30,7%) или постоянно (6,0%) испытывает навязчивое влечение к игре, которое может рассматриваться как признак формирования психического влечения.

Из общего числа респондентов были выявлены три группы аддиктивного поведения (АП). Компьютерного игрового (игра в компьютерные игры ежедневно или практически каждый день в среднем 3 и более часов и способность непрерывно играть 6 и более часов) – 7,7% от общего числа опрошенных. Азартного игрового (выигрыш или проигрыш 500 и более рублей при неоднократных случаях игры) – 10,0%. Алкогольного аддиктивного (употребление алкоголя почти каждую неделю с неоднократными случаями утраты количественного контроля и толерантностью более 1 литра пива или эквивалентных количеств других алкогольных напитков) – 9,8%. Эти группы сравнивались с контрольной группой, которая была очищена от обследованных, имевших хотя бы один признак групп АП.

Во всех группах АП преобладают мужчины. Однако, если в группе алкогольного аддиктивного поведения (ААП) это различие минимально (соотношение мужчин и женщин – 54,4% против 45,6%), то в группе азартного игрового аддиктивного

поведения (ААП) оно становится явным (65,7% против 34,3%) и подавляющим в группе компьютерного игрового аддиктивного поведения (КИАП): 91,4% против 8,6%. Среди лиц из группы КИАП признаки АИАП выявлены у каждого четвертого, с той же частотой выявлялись и признаки ААП. В группе ААП признаки КИАП выявлены у каждого пятого и признаки АИАП – у каждого четвертого. В группе АИАП признаки КИАП выявлены у каждого пятого, а признаки ААП – у каждого четвертого. Таким образом, доля микстов (сочетания, по крайней мере, двух видов АП) достаточно постоянна.

Исследование показало, что группы АП во многом имеют сходные характеристики и одинаковые отличия от контрольной группы. В особенности близки группы ААП и АИАП. Они наиболее существенно отличаются от контрольной группы, тогда как дети из группы КИАП имеют меньше отличий от нее.

Обобщенный социально-психологический портрет подростка из группы КИАП (созданный с использованием корреляционного анализа) характеризуется следующими признаками: это достоверно чаще мужчина ($t=8,3$), в большей степени стремящийся к свободе и независимости ($t=2,4$), желающий быть уверенными в себе ($t=2,9$), не считающийся при этом со своим здоровьем ($t=-2,2$), чаще других подростков чувствующий себя бодрым ($t=2,6$), способный получать деньги на развлечение нечестным путем ($t=3,4$), более склонный играть на деньги в игровые автоматы ($t=2,0$), пробовать наркотики ($t=3,7$) и чаще ($t=2,1$) и в большем количестве употреблять спиртное: водку ($t=3,3$) и в особенности пиво ($t=4,9$). Также была выявлена корреляционная связь средней силы между количеством употребляемого пива и средней ($r=0,42$) и максимальной ($r=0,48$) продолжительностью игровой деятельности.

Таким образом, высокий уровень сочетания различных видов аддиктивного поведения у несовершеннолетних и значительная общность их социально-психологических характеристик свидетельствует в пользу общности патогенеза указанных зависимостей (игровой и алкогольной), что требует включения их в единую систему профилактики.

Шевченко Ю. С.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Многоуровневая коррекция формирующихся психопатий

Можно выделить несколько уровней воздействия на формирующуюся психопатическую структуру личности. Первый уровень – **медикаментозный**, включающий как общебиологические препараты соматической направленности («в здоровом теле здоровый дух»), так и психотропной активности. Они, в свою очередь,

подразделяются на средства, облегчающие работу мозга, его созревание, компенсацию резидуально-органической недостаточности и медикаменты симптоматической направленности (выравнивающие и стабилизирующие настроение, снимающие тревогу и дисфорию, снижающие аффективную взрывчатость и агрессивность, ослабляющие патологическое влечение, воздействующие на обсессивно-компульсивную симптоматику, сверхценные и паранойяльные идеи, астенические и вегетативные расстройства и т.д.).

Второй уровень – **нейрофизиологический**, обеспечивающий воздействие на мозговые уровни энергообеспечения, корково-подкорковых и межполушарных взаимодействий, пространственно-временной ориентации, антиципации, произвольной саморегуляции. Он обеспечивается методикой нейропсихологической (сенсомоторной) коррекции, а также телесно-ориентированной психотерапией.

Третий уровень – **синдромальный**, ориентированный на основные качественно-феноменологические детерминанты патохарактерологического синдрома. Здесь применим весь арсенал индивидуальной психотерапии во всем диапазоне – от суггестивного до рационального полюса. При этом гармонизация личностно-характерологической структуры осуществляется как за счет сглаживания патологически доминирующих и усиления дефицитарных качеств, так и за счет саногенного и компенсирующего направления сильных сторон личности.

Так, при работе с шизоидными детьми и подростками синдромально направленная психотерапия нацелена, прежде всего на так называемую **психэстетическую пропорцию** (по Э.Кречмеру), представленную индивидуальным сочетанием полярно противоположных качеств – гиперэстетичности (сверхчувствительности, болезненной ранимости) и анэстетичности (бесчувственности, эмоциональной холодности), а также на **аутизм** (крайнюю степень интравертированности, субъективизма и автономности).

Кречмеровская **диатетическая пропорция** циклоида, заключающаяся в том, что в каждом отдельном случае гипоманиакальная и меланхолическая половины смешаны между собой, только в различных пропорциях (Ганнушкин П.Б., 2007) и в сочетании с **экстравертированностью** диктуют принципиально иную синдромальную психотерапию. Гипертимные личности нуждаются в развитии и усилении способности переносить угнетающую их рутину повседневных обязанностей, умения находить в обыденной жизни социально приемлемые «окна» для выплескивания переполняющей их энергии. Меланхоликов полезно научить использовать присущее им чувство юмора для нахождения в происходящих событиях трагикомические нюансы, что служит основой психической саморегуляции и сохранения так необходимых для них контактов с окружающими.

У эпилептоидных психопатов также сосуществуют полярные противоположности, являющиеся ядром их патохарактерологического синдрома. Они представлены сочетанием инертности и взрывчатости, которое можно назвать по аналогии с

предыдущими **«диатемпической пропорцией»** и которая в сочетании с присущими им **дисфориями** нуждается в специальной психотерапевтической коррекции. Индивидуализированные формулы внушения в отношении этих пациентов должны формировать хорошее настроение и бодрое самочувствие при пробуждении от сна, моделировать легкое забывание мелких обид и конфликтов (как профилактика сверхценных идей отношения), вызывать негативное отношение к алкоголю и азартным играм.

Слабость сознательной (произвольно-целевой) воли, связанной с инфантилизмом истероидных психопатов в сочетании с обусловленным им же аффективно-субъективным реагированием, растормаживающим низший (филогенетический) тип волевой установки (гипобулические механизмы по Э.Кречмеру), или то что называется «злой волей», составляет суть специфической полярности, которая может быть условно названа **«психобулической пропорцией»**. В сочетании с ненасытной **жаждой внимания** эта основа истероидного характера является мишенью третьего уровня воздействия на формирующуюся психопатию.

Четвертый уровень – **поведенческий**, направленный на конкретные «поведенческие мишени», одни из которых нуждаются в подавлении (например, страхи, агрессивные и самоагрессивные поступки, проявления мимической или психологической аддикции), а другие – в целенаправленном методичном формировании (подчинение старшим, выполнение общих для всех требований и правил, соблюдение режимных моментов, привитие навыков общения, самообслуживания, учебы и проч.). Это обеспечивает адекватность поведения ребенка и принятие его окружающими. Указанные задачи достигаются методами бихевиоральной психотерапии (Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков, 2003), использованием принципов биологической обратной связи, составлением «семейного контракта», последовательной передачи ответственности за принимаемые решения (Байард Р., Байард Дж., 1991), помещением ребенка в условия, предупреждающие декомпенсацию «слабого звена» его психологической структуры.

Пятый уровень – **воспитательный** и перевоспитательный (коррекционно-педагогический), направленный на гармонизацию личности и ее социализацию, формирование высших потребностей, канализацию агрессии в безопасное русло, развитие потенциально сильных качеств и врожденных способностей, которые могут компенсировать парциальную незрелость других свойств характера и повысить привлекательность ребенка для окружающих (Певзнер М.С., 1941).

Особенно актуальным в плане профилактики аномального формирования личности является подростковый возраст, который, с одной стороны чреват декомпенсацией в виде патологически протекающего пубертатного криза, а с другой – предоставляет дополнительные пути саногенного и гармонизирующего влияния на человека за счет его самовоспитания.

Шмырева О. И.

ГОУ ВПО Воронежская государственная техническая академия, Воронеж

Психологические аспекты подросткового танатотропизма

Образ смерти в подростковом сознании выглядит достаточно неопределенно, поэтому возникает ложное представление о смерти как о чем-то магическом, возможно, временном и необязательно непоправимом.

Смерть не только архетипически символизирует новое рождение, она таинственна, ее образ завораживает, привлекает внимание, в ряде случаев вызывает уважение и восхищение (героическая смерть во имя высоких идеалов) – ее атрибуты могут оказывать на подростков гипнотическое действие как способ повышения собственной значимости и величия в глазах самого себя и окружающих, что иррационально, на бессознательном уровне воспринимается в качестве фактора последующего за ней жизненного успеха (воображаемой и, возможно, желаемой – ожидаемой – славы). Танатотропизм имеет двойственную направленность.

Некритичное отношение подростков к возможности реальной смерти подразумевает недостаток информированности и наличие завышенной самооценки как характеристик инфантильного сознания. Логично предположить в подобных случаях интуитивный поиск нравственности и высокую эстетическую сензитивность склонных к суициду подростков, что ими может не вполне осознаваться. Другим мотивом суицида в подростковом возрасте, на наш взгляд, является набор субъективных переживаний, которые можно объединить под основной темой поиска спасения от неудачи или поражения, имеющего место при склонности к паническим реакциям и низкой самооценке. В целом оба полюса или вектора отношения подростков к смерти интерпретируются в терминах: мотива – смерти как «эффективного» средства достижения успеха и преграды – смерти как способа избегания жизненных неудач.

Параллельно подростковому суициду выступают эксперименты с нарушающими сознание веществами и другие жизненно опасные виды активности, что подразумевает возросшие завуалированные интеллектуальные и личностные запросы. Широкое употребление подростками различных психоактивных веществ отражает скрытый характер суицидальных тенденций или предвдвряет их, разрушая защитные механизмы личности.

Как известно, общей целью суицида является поиск решения, а задачей – прекращение работы сознания. Внутреннее отношение к суициду амбивалентно, общим действием при суициде является бегство, при этом суицидальное поведение соответствует общему стилю поведения в течение жизни. Мы считаем, что отношение подростков к суициду нельзя однозначно назвать амбивалентным: их фантазии, подкрепляемые наличием множества жизней у игрока, например, компьютерных игр переносятся в образ реальности, снимая защитный антисуицидальный

барьер. Также суицид можно понимать в терминах не только бегства (спасения – в нашей трактовке), но и стремления к достижению посредством смерти, желаемой цели – обозначить себя.

Прерывающие работу сознания вещества способствуют достижению целей, что соотносится с нашей логикой, следовательно, при несформированности антинаркотического/антиалкогольного барьера вполне могут быть признаны сопутствующими факторами при стремлении подростков к успеху с положительной, в их представлениях, мотивацией. Чувство внутреннего согласия на смерть в подобных случаях отсутствует, равно как и безразличие, сожаление или отвращение к собственной жизни, ее мучительная непереносимость, подтверждая нашу гипотезу о положительном образе смерти в сознании ряда подростков.

Клиническая нейрофизиология и эпилептология

Астапенко А. В., Плоткин Ф. Б., Навацкая Л. Л.
ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии», Минск

Диагностика синдрома зависимости посредством выявления алкогольного генеза судорожных припадков

Проблема поражения нервной системы у зависимых от алкоголя пациентов занимает важное место в практическом здравоохранении. У ряда больных со сформировавшейся зависимостью неврологические нарушения преобладают и определяют клиническую картину заболевания. В этих случаях пациенты попадают в поле зрения неврологов, а истинная природа процесса длительное время остается нераспознанной. Эпилептический синдром вследствие токсического действия алкоголя является при этом одним из ведущих. Судорожные припадки у зависимых от алкоголя пациентов изредка могут возникать на высоте запоя или при снижении обычной дозы спиртного, но в основном они развиваются через 7-48 часов после последнего приема алкоголя на фоне других проявлений синдрома отмены. Судороги носят генерализованный тонико-клонический характер. Они могут быть единичными (в 40% случаев) или повторными (2-4 приступа). Структурный анализ госпитализаций по поводу алкогольного эпилептического синдрома выявил достоверный рост числа больных с эпилептическими припадками на фоне алкогольного абстинентного синдрома (ААС) в месяцы, имеющие больше праздничных и выходных дней. Нами проведен анализ обращений за экстренной медицинской помощью по поводу судорожного синдрома в многопрофильную 5-ю клиническую больницу г. Минска.

За период 2004-2008 гг. в экстренном порядке с диагнозом «судорожный синдром» за медицинской помощью обратились 6672 человека. Это составило 11,3% от общего числа обратившихся в больницу за этот период времени – 59 108 человек. В приемном отделении всем пациентам был проведен осмотр невролога, который включал ознакомление с жалобами, анамнезом заболевания и жизни, общесоматическое и неврологическое обследование, лабораторные исследования крови. Всем больным проводилась эхоэнцефалоскопия, рентгенография черепа. Большинство пациентов после обследования в приемном отделении клиники были направлены на амбулаторное лечение (5144 человек – 77,0%), госпитализированы для дообследования – 1528 (23,0%). При эпилептическом статусе все больные были госпитализированы в отделение интенсивной терапии и реанимации. Алкогольный характер судорожного синдрома был установлен в 3336 (50,0%) случаях, подавляющее большинство в этой группе составили лица мужского пола – 3061 (91,7%). Среди больных с алкогольной эпилепсией 1579 (47,3%) человек были в возрасте до 40 лет, 1088 (32,6%) – от 41 до 50 лет, 669 (20,1%) – старше 50 лет. Во всех возрастных группах преобладали больные мужского пола. Из 1116 женщин, поступивших в приемное отделение с судорожным синдромом, у 275 (24,6%) он был алкогольного генеза.

Всем пациентам, у которых была выявлена связь возникших припадков со злоупотреблением спиртными напитками, в приемном покое или в стационаре после дообследования детально разъяснялась каузальная зависимость между этими явлениями и настоятельно рекомендовалась консультация нарколога.

Проведенный анализ позволил сделать вывод, что при экстренном обращении за медицинской помощью в связи с развившимся эпилептическим припадком или серией приступов в значительной части случаев причиной данной патологии является алкоголь. Алкогольная эпилепсия в подавляющем большинстве наблюдений развивалась у мужчин молодого и среднего возраста, то есть у наиболее трудоспособной части населения. Таким образом, развитие судорожного синдрома алкогольного генеза представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему.

Власова С. В., Шебеко Л. Л., Германович Л. В.
Полесский государственный университет, Пинск

К вопросу реабилитации лиц с ограниченными возможностями

Длительное время приоритет здоровья в ряду социально-значимых ценностей человека на постсоветском пространстве не принимался во внимание. В то же время сохранялась парадоксальная ситуация с положением инвалидов. Все льготы и привилегии предназначались для лиц с ограниченными возможностями, которые «компенсировались» обществу «многолетним пребыванием их в условиях относительной социальной изоляции, микросоциального окружения, состоящего преимущественно из больных людей, монотонного быта, однообразия занятий, отсутствием необходимости решать свои житейские проблемы, слабая возможность контроля собственной жизнедеятельности, негативно отражавшихся на психологии инвалидов».

Последние годы ситуация постепенно меняется. Определены более значимые приоритеты современного общества и финансово обоснованы необходимость вложения средств в профилактику социально значимых заболеваний и укрепление здоровья, а также формирование «моды на здоровье». Наряду с этим, серьезные изменения претерпела система оценки последствий болезни и отношения общества к лицам с ограниченными возможностями. Социальная интеграция инвалида в общество признана основной целью реабилитационного процесса.

Для поощрения и защиты прав человека Организацией Объединенных Наций в 2006 году была принята Конвенция о правах инвалидов. Правительство Беларуси в настоящее время рассматривает вопрос о присоединении к международной Конвенции о правах инвалидов ООН, уже принят ряд законодательных актов, в которых регламентируются важнейшие социальные гарантии наших сограждан с

ограниченными возможностями. Между тем сохраняется целый ряд проблем, которые остаются нерешенными до сих пор.

В современных условиях лица с ограниченными возможностями более информированы и стараются быть услышанными обществом. Они пытаются реализовать себя как в профессиональной, так и в социальной сфере. А такого рода реализация не всегда удается без посторонней помощи. Одним из вариантов решения данной проблемы стало сотрудничество с общественной организацией инвалидов.

Под эгидой «Полесского государственного университета» (г.Пинск) с 2009 года в рамках практико-ориентированного обучения студентов налажено взаимодействие с общественной организацией. Целью данной работы стало привлечение будущих специалистов по физической реабилитации и адаптивной физической культуре к работе в интегрированных группах совместно с молодыми инвалидами.

Студенческое волонтерское движение не только способствовало решению некоторых организационных и бытовых вопросов инвалидов, но и позволило приобрести и развить профессиональные навыки.

Творческая молодежь принимает участие в организации спортивных праздников с участием спортсменов с ограниченными возможностями. Проводятся тематические встречи взаимно полезные как для будущих специалистов, так и для молодых инвалидов

Таким образом, координация взаимодействий с лицами с ограниченными возможностями в рамках данного сотрудничества открывает новые перспективы интеграции их в социум. Кроме того, «терапия занятостью» в интегрированных группах, привлечение молодого поколения в волонтерское движение, помощь инвалидам позволяют будущим специалистам факультета организации здорового образа жизни Полесского государственного университета более вдумчиво и осознанно относиться к своему здоровью, а также культивировать толерантность и уважение к людям с ограниченными возможностями.

Дудук С. Л., Лелявко И. А., Бойко Д. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Применение магнитно-резонансной томографии для дифференциальной диагностики деменций

Магнитно-резонансная томография (МРТ) за последние годы стала одним из ведущих методов неинвазивной диагностики. Поэтому параклиническое обследование пациентов с достоверно подтвержденной деменцией следует начинать с компьютерной томографии (КТ) или МРТ головного мозга. Наиболее частые причины деменций (около 80% случаев): болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, их сочетание (так называемая смешанная деменция

при болезни Альцгеймера). Доказана низкая специфичность (особенно для диагностики болезни Альцгеймера) таких нейровизуализационных феноменов, как лейкоареоз или умеренно выраженная диффузная церебральная атрофия, что объясняет необходимость поиска адекватных и доступных методов диагностики и дифференциальной диагностики деменций, в том числе, с помощью современного диагностического оборудования и средств нейровизуализации.

Основным недостатком существующих методов диагностики атрофического процесса у пожилых людей, страдающих нарушениями памяти, является оценка состояния головного мозга по соотношению объем мозга/объем ликвора, что затрудняет проведение диагностических мероприятий в пожилом возрасте, когда наблюдается закономерное старение мозговой ткани. Специфичность многих методик для лиц пожилого и старческого возраста достаточно низка, поскольку в инволюционном возрасте атрофия головного мозга происходит как при патологической атрофии мозга, приводящей к деменции, так и при нормальном старении. Нами разработан способ оценки атрофии мозгового вещества, отличной от нормальных возрастных изменений у лиц пожилого и старческого возраста. Предложенным способом обследовано 107 человек, экспериментальную группу составили 73 лица с установленным врачом-психиатром в соответствии с критериями МКБ-10 диагнозом сосудистой деменции или болезни Альцгеймера, поскольку у абсолютного большинства из них имеется различной степени выраженности патологическая атрофия головного мозга. Контрольную группу составили 34 психически здоровых человека аналогичного возраста. Группы сопоставимы по полу, по возрасту. Результаты исследования обработаны с помощью пакета программ «STATA10», применены методы непараметрической статистики, корреляционный и регрессионный анализ, нормальность распределения предлагаемых индексов проверена по критериям Д'Агостино Асимметрия и Д'Агостино Экссесс. С целью унификации использования морфометрических показателей для практической цели при проведении МРТ-исследования для каждого признака в группе здоровых рассчитан коэффициент отсчета, вытекающий из «правила трех сигм», согласно которому, все средние ряды помещаются в пределах плюс-минус утроенное среднее квадратическое отклонение ($M \pm 3G$), что приводит в соответствие каждую переменную закону нормального распределения. В случае, если индекс мозолистого тела менее 1,58, и/или индекс заднего рога бокового желудочка более 5,88 и 6,38 для правого и левого соответственно ($p < 0,00001$) и/или ширина височных долей менее 40,47 и 36,8 для правой и левой соответственно ($p < 0,05$) - констатируют наличие атрофического процесса в головном мозге, отличного от нормальных возрастных изменений в пожилом возрасте.

Карлов В. А

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Диагностически-терапевтический алгоритм при эпилепсии

Стратегическими принципами терапии эпилепсии являются: непрерывность, преемственность, своевременное начало и длительность терапии. Однако тезис начинать лечение как можно раньше уступил место антитезе: кого не надо лечить и когда не надо спешить. Так, например, припадки при идиопатических парциальных эпилепсиях к 16 летнему возрасту пациента самостоятельно проходят, в связи с чем вопрос о целесообразности начала фармакотерапии припадков решается сугубо индивидуально. Также некоторые стимулсенситивные эпилепсии могут быть скорректированы медикаментозно.

Тезис о преимуществе политерапии в последнее время обоснованно заменен правилом начала лечения с монотерапии, исключением являются катастрофические эпилепсии детского возраста, требующие, как правило, стартовой политерапии.

Дебют заболевания- первый(первые) припадок (припадки). Действия врача: доказательство эпилептического или неэпилептического характера припадков. Пока характер припадков невыяснен противоэпилептические препараты (ПЭП) назначать недопустимо.

Следующий этап: идентификация типа эпилептического припадка и формы эпилепсии. Если этого не удастся сделать, а лечение необходимо, назначаются ПЭП, обладающие широтой действия, то есть потенциально действенные при всех формах эпилепсии и типах припадка. Такими препаратами являются вальпроаты, левитирацетам (кеппра), ламотриджин, топирамат. Конечно необходимо учитывать факторы риска их побочных эффектов

При установлении формы эпилепсии и типа припадков проводится подбор соответствующих АЭП. Так, при идиопатической эпилепсии (ИЭ) и, соответственно, генерализованных судорожных, миоклонических приступах, а также тонических и атонических применяются вальпроаты, левитирацетам, ламотриджин, топамакс. Категорически противопоказаны карбамазепин, окскарбазепин, фенитоин. Назначение этих препаратов при ИЭ-наиболее частая причина не только отсутствия эффекта от лечения, но и утяжеления состояния больных, развития псевдо-, а нередко и истинной фармакорезистентности.

При идиопатической парциальной эпилепсии средствами первой очереди выбора могут быть как вальпроаты, так и карбмазепины. При этом значение вальпроатов и карбмазепинов меняется вдоль передне-заднего градиента головного мозга. При идиопатической затылочной эпилепсии предпочтительнее вальпроаты, а при идиопатической лобной- карбмазепины.

Карбмазепин, трилептал, а в США и фенитоин являются средствами первой очереди выбора при симптоматической эпилепсии.

Преимущество новых ПЭП в их лучшей переносимости. Многие из них не метаболизируются в печени и полностью или в основном выводятся в неизменном виде – леветирацетам, топамакс, вигабатрин, габапентин, ретигабин, а следовательно, не взаимодействуют с другими ПЭП и оральными контрацептивами.

Особого подхода требуют специальные контингенты больных эпилепсией: дети, пожилые люди, женщины генеративного возраста в связи с отличиями в показателях фармакокинетики, фармакодинамики (последнее особенно у новорожденных, младенцев и детей раннедетского возраста), а у женщин в связи со сложностью организации репродуктивной функции – менструальный цикл, беременность, роды и связанных с этим проблем, включая контрацепцию, грудное вскармливание и другие. Значительную помощь может при этом оказать терапевтический лекарственный мониторинг-ТЛМ.

Наиболее сложную проблему представляют фармакорезистентные эпилепсии. Алгоритм действий врача в таких случаях сводится к проверке комплаентности, обоснованности диагноза эпилепсии (эпилептические ли это припадки), адекватности выбора ПЭП соответственно форме эпилепсии и типам эпилептических припадков, а также их доз (как правило, требуется проведение ТЛМ).

Соблюдение современной стратегии и тактики лечения эпилепсии позволяет у больных, обратившихся с дебютом эпилепсии, свести к минимуму контингент пациентов с абсолютной фармакорезистентностью – до 10%.

Кистень О. В., Улащик В. С., Евстигнеев В. В., Мисюк Н. Н.
ГУО «БелМАПО»,
ГНУ «Институт физиологии НАН Беларуси»,
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция – фактор активации антиэпилептических систем

На рубеже тысячелетий разработано и внедрено в клиническую практику не менее двух десятков новых эффективных препаратов для лечения эпилепсии. Дополняя ранее применяемые препараты первого и второго поколения, они создают новые возможности лечения подбором для каждого пациента индивидуальной терапии. Однако количество больных эпилепсией с фармакорезистентностью остается достаточно высоким. Более того, не все пациенты с данной патологией могут быть подвергнуты хирургическому лечению. Это положение привело к поиску новых методов воздействия на мозг больного эпилепсией – глубокая электростимуляция, микрополяризация, транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). В настоящее время предпринимаются попытки использования ТМС в качестве лечебной процедуры, направленной

на изменение корковой возбудимости у больных эпилепсией. Количество экспериментальных и клинических исследований, посвященных этой проблеме, невелико. Выполнены они на небольшом количестве клинического материала, во всех случаях результатом явилось снижение представленности эпилептической активности на ЭЭГ, а часть исследований показала клиническую эффективность ТМС у вышеуказанной категории пациентов. Однако ряд вопросов относительно противоэпилептического действия импульсного магнитного поля остаются неразрешенными. Нами изучались особенности изменений характеристик ЭЭГ-картирования у больных в восстановительном периоде полушарного инфаркта мозга после комплексной реабилитации с применением методики подпороговой ТМС частотой 10 Гц (патент на изобретение № 10074 «Способ реабилитации больных полушарным инфарктом мозга в восстановительном периоде» (от 16 июня 2005 г., № а 20050388)), поскольку компьютерные ЭЭГ признаки позволяют объективно оценивать и изучать функциональное состояние мозга, определять степень и качество процесса компенсации, оценивать эффективность проводимого лечения. В каждой из групп проведено вычисление среднестатистических значений частоты, индексов, регулярности альфа- и бета-ритмов и представленности ЭЭГ-феноменов (инверсия альфа-ритма, фокусирование бета-ритма), а также оценка пароксизмальной разрядной активности. Анализ ЭЭГ-картирования показал достоверные изменения качественных и количественных характеристик после курса ТМС: уменьшение частоты инверсии альфа-ритма в раннем ($p=0,027$) и позднем ($p=0,04$) восстановительном периоде, а также снижение бета-индекса ($p<0,04$), бета-регулярности ($p<0,03$) и фокусирования бета-ритма ($p<0,035$), а количество паттернов гиперсинхронной активности снизилось на 30-60% ($p<0,04$). Параметры изученных характеристик картированной ЭЭГ в основной группе после курса ТКМС достоверно отличались от аналогичных показателей после реабилитации в контрольной группе. Таким образом, использование курса подпороговой ТКМС в программе комплексной реабилитации больных полушарным инфарктом мозга сопровождается улучшением нейрофизиологических характеристик – параметров ЭЭГ-картирования, что указывает на безопасность и эффективность воздействия подпороговой ТМС частотой 10 Гц на функциональное состояние различных отделов мозга. Более того, полученные результаты побуждают к дальнейшей разработке методик с использованием определенных параметров импульсного магнитного поля в комплексном лечении эпилепсии. В настоящее время нами проводится дальнейшая научная и практическая работа в направлении расширения терапевтического воздействия ТМС.

Минзер М. Ф.

Минский консультационно-диагностический центр, Минск

Исследование соматосенсорных вызванных потенциалов у здоровых взрослых и детей (в поисках возрастной и ростовой нормы)

Соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП) – нейрофизиологический метод исследования, позволяющий оценить функциональное состояние соматосенсорной системы от периферического нерва до первичной сенсорной коры. В условиях нормальной жизнедеятельности организма структуры центральной нервной системы постоянно генерируют потенциалы в ответ на экзо- и эндогенные стимулы. При исследовании ССВП в качестве стимула используется ритмическая электростимуляция периферического нерва (срединного, большеберцового, локтевого, лучевого, малоберцового нервов). Ответы на нее регистрируют на разных уровнях проведения и обработки сенсорной информации, что позволяет характеризовать функциональное состояние нервных структур соматосенсорной системы - задних столбов СМ, подкорковых ядер, первичной соматосенсорной коры. Известно, что изменения ССВП чаще всего коррелируют с нарушением чувства положения, тактильной, вибрационной чувствительности и стереогнозиса. Для анализа ССВП выделяют основные компоненты ответа, обозначаемые буквами N или P, и цифрой, указывающей на среднюю норму латентности этих пиков. Несмотря на сложность и трудоемкость методики, ССВП начинают активно применяться в диагностике нарушений мозгового кровообращения, нейродегенеративных, токсических и др. заболеваний ЦНС. Однако, существуют проблемы интерпретации результатов ССВП. В различных нейрофизиологических лабораториях основные компоненты ВП носят различные названия: к примеру, пики P38 и N46 некоторыми авторами называются пиками P35 и N40; существуют разные представления о средней латентности основных компонент ВП. Такому положению дел имеется несколько причин: различные методики наложения активных и референтных отводящих электродов, функциональные особенности проводящих соматосенсорных путей у разных испытуемых, а также антропометрические особенности испытуемых, особенно их рост и длина конечностей. Очевидно, что необходимо различное время для проведения генерированного потенциала от лучезапястного сустава (точка стимуляции срединного нерва) до проекции сенсорной коры у пациента ростом 156 см и ростом 189 см.

Для подтверждения этого предположения, было обследовано 30 здоровых взрослых испытуемых и 10 детей. Исследование ССВП проводилось на 4-канальном комплексе «Нейро МВП-4» (РФ). Проводилось исследование ССВП верхних и нижних конечностей со стимуляцией срединного и большеберцового нервов. У 4

взрослых исследовались только ССВП нижних конечностей, у 3 – ССВП верхних конечностей, всем детям проведено исследование и верхних, и нижних конечностей. Возраст взрослых обследуемых 19-42 лет, детей 6-16 лет. Взрослые испытуемые по росту были разделены на 3 группы: 1-я – рост ниже 164 см, 2-я - 165-175см, и 3-я выше 176см. Показатели латентностей основных компонент ССВП частично совпадали у 1-й и 2-й групп, у 2-й и 3-й, однако не имели «облака перекреста» показатели латентностей у 1-й и 3-й групп. У детей 13-16 лет показатели латентностей основных пиков ССВП не отличались существенно от таковых у взрослых с учетом роста. У детей младше 13 лет латентности пиков либо совпадали с таковыми у 1-й группы взрослых испытуемых, либо были несколько ниже.

■ ВЫВОД

Латентные периоды основных компонент ВП зависят от возраста и роста пациента; 2) для диагностики патологических состояний и нарушений (особенно пограничных) в соматосенсорной системе необходимо разработать четкие ростовые и возрастные нормы соматосенсорных вызванных потенциалов.

Москалев А. В.

ГУЗ «Псковская областная психиатрическая больница № 1»,

д. Богданово, Псковская область

Реабилитация при эпилепсии

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. Заболеваемость эпилепсией составляет 50-70 случаев на 100 тыс. человек, распространенность 5-10 на 1 тыс. человек, не менее 1 припадка в течение жизни переносят 5% населения, у 20-30% больных заболевание является пожизненным. В 1/3 случаев причина смерти больных связана с припадком (Е.И. Гусев, Г.С. Бурд, 1994; W. Hauser, 1983, 1995). В современной эпилептологии одной из приоритетных целей является улучшение качества жизни и реабилитация больных эпилепсией (В.А. Карлов, 1996; С.А. Громов, 1987, А.Б. Гехт и соавт., 1998, Cramer J. и соавт., 1997). S.Ried (1998) подчеркивает, что лечение эпилепсии – всегда нечто большее, чем фармакотерапия. Реализация системной деятельности, называемой реабилитацией и имеющей конечной целью восстановление личного и социального статуса больного, в настоящее время не мыслится без идей и методов медицинской психологии, в которой трудно переоценить роль психологической диагностики. У пациента возникает целый спектр негативных переживаний: ощущение неполноценности и ущербности; боязнь, что друзья оставят, когда узнают о болезни, изменится отношение знакомых и родственников; страх развития приступа в присутствии посторонних, наследования болезни детьми и др. Это приводит к ограничению социальных контактов, «погружению» в свою болезнь, возникнове-

нию чувства безысходности и бесцельности своего существования. В различных областях современной медицины все большее признание находит подход, при котором пациент из обезличенного объекта врачебного вмешательства превращается в субъект процесса лечения с присущим ему индивидуальным набором психосоциальных качеств (Незнанов Н.Г., Петрова Н.Н., 2001г.). Особенно необходима реабилитация больных в детском возрасте. Так, первое известие о болезни ребенка повергают родителей в шок. В доме воцаряется тяжелая психологическая атмосфера, которую дети особенно чувствуют. Поэтому важным моментом в лечении эпилепсии является психологическая реабилитация родителей больных детей. В настоящее время делаются попытки систематизировать многочисленные сведения по реабилитации больных эпилепсией детей и проводить реабилитационные мероприятия в форме широких программ.

Интересен опыт работы Фонда помощи больным эпилепсией «Содружество». Фонд в настоящее время концентрирует свою деятельность на трех проектах.

Первый проект – продолжение издания журнала «Вестник эпилептологии». В журнале публикуются статьи крупнейших российских и зарубежных врачей о современных возможностях медицины в лечении эпилепсии, советы для больных и их близких, сведения о событиях общественной жизни, связанных с эпилепсией.

Второй проект – организация оздоровительного лагеря для совместного отдыха детей, больных эпилепсией, с их родителями. **Третий проект** – помощь в проведении конференций, посвященных борьбе с эпилепсией, которые позволят активизировать и объединить все силы в регионах.

В последние годы повышение эффективности и качества лечения эпилепсии способствовало увеличению процента больных эпилепсией, поступающих в университеты, и имеющих равные социальные возможности со здоровыми людьми (Andermann, 1992). Дальнейшее развитие программ реабилитации больных эпилепсией, наряду с совершенствованием методов фармакотерапии, будет способствовать повышению качества жизни больных эпилепсией и их близких, а также будет снижать тенденцию к стигматизации больных.

Наумова Г. И.

Витебский областной диагностический центр, Витебск

Некоторые аспекты ведения пациента с первым припадком

Первый припадок – это очень часто случающееся и пугающее событие, как для самого пациента, так и для его близких и окружающих людей. Первые припадок может быть: эпилептическим, острым симптоматическим, отдаленным симптоматическим, прогрессирующим симптоматическим и психогенным.

1. Эпилептический припадок – преходящее появление признаков и/или симптомов в результате патологической или усиленной активности нейронов головного мозга. Эпилептические припадки классифицируются по форме их начала и окончания и клиническим проявлениям. В некоторых случаях при записи рутинной ЭЭГ можно зафиксировать эпилептиформные симптомы (паттерны) за несколько минут до начала припадка (Aksenova et al., 2007).
2. Острый симптоматический припадок – это термин, использующийся для обозначения припадков, развивающихся при тяжелом повреждении головного мозга или в четкой временной зависимости от документально подтвержденного острого повреждения головного мозга.
3. Отдаленный симптоматический припадок – это припадок, развивающиеся без очевидного провоцирующего фактора, но с наличием предшествовавшего припадку диагностируемого серьезного повреждения головного мозга, например, тяжелой травмы или сопутствующего заболевания (ДЦП и т.д.).
4. Судорожные припадок, развивающийся в отсутствие потенциально ответственного за них клинического состояния или за пределами временного интервала, для которого возможны острые симптоматические припадки и вызванный прогрессирующим повреждением (например, опухолью или дегенеративным расстройством) – называется прогрессирующим симптоматическим.
5. Психогенный припадок – преходящие нарушения поведения без какой-либо органической основы. В классификации DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) такой приступ классифицируется как соматоформное нарушение.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с синкопом. Синкоп – это преходящая потеря сознания, обычно ведущая к потере постурального тонуса. Начало относительно быстрое, и последующее выздоровление самопроизвольное, полное и относительно быстрое. Механизм, лежащий в основе – преходящая общая гипоперфузия головного мозга (Brignole et al., 2001).

Острые симптоматические припадки отличаются от эпилепсии по некоторым важным признакам. Во-первых, в отличие от эпилепсии, непосредственная причина этих припадков четко определяется. При наличии четкой временной связи существует вероятность, что причинами припадка стали такие состояния, как уремия, травма головы, гипоксия или инсульт, которые всегда предшествуют припадку или развиваются одновременно с ним. Во-вторых, в отличие от эпилепсии, острые симптоматические припадки не обязательно рецидивируют при рецидивах состояний, ставших их причиной (Hesdorffer et al., 1998). В-третьих, хотя острые симптоматические припадки являются бесспорным фактором риска эпилепсии, их нельзя включить в определение эпилепсии, для которой необходимо наличие двух и более неспровоцированных припадков.

Неспровоцированный припадок – это припадок или серия припадков, развившихся в течение 24 часов у пациента в возрасте старше 1 месяца в отсутствие провоцирующих факторов.

Неспровоцированные припадки могут быть единичными или рецидивирующими. При популяционных исследованиях выявлен 36-37% риск рецидива припадков в течение 1 года и 43-45% риск рецидива в течение 2 лет (Annegers et al., 1986; Hart et al., 1990). После второго неспровоцированного припадка риск третьего оценивается в 73%, а четвертого – в 76% (Hauser et al., 1998).

Различия между спровоцированными и неспровоцированными припадками и между одиночными и рецидивирующими припадками относятся к определению эпилепсии и к прогностическому консультированию в клинической практике невролога и психиатра.

Семененя И. Н.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Минск

Методологическое значение для психологии и нейронаук феномена возврата отдельных признаков и свойств организма при патологии к периодам раннего онто- и филогенеза

Прогрессивное развитие любой отрасли науки невозможно без методологии системного мышления. Одним из компонентов системного анализа и методологическим инструментом в исследовании процессов жизнедеятельности является феномен возврата отдельных признаков и свойств организма при патологии к периодам раннего онто- и филогенеза (далее – феномен). К сожалению, этот интересный феномен, выявленный единичными исследованиями советских ученых, не получил достойного развития при изучении проблем общей и частной патологии, разработке новых методов диагностики, терапии и реабилитации. А ведь он, при его глубоком анализе, позволяет вскрыть глубинные механизмы и многие закономерности в живой природе. В основе этого феномена лежит способность зрелых организмов воспроизводить отдельные признаки и свойства (структуры, механизмы, функции) организмов данного вида, находящихся на более ранних стадиях онтогенеза (антенатальный и ранний постнатальный период), а также отдельные признаки и свойства организмов других видов, филогенетически более древних. Каждой форме патологии присущи свои специфические черты возврата, но есть и общее, универсальное свойство – синтез эмбриональных белков (структурных, регуляторных и др.). Примером может служить такая патология как опухолевый рост. Опухолевым клеткам присуща способность экспрессировать собственные

эмбриональные, а также ксеногенные антигены, что является одной из причин, позволяющей им, в частности, ускользать от регуляторных влияний организма [Броновицкий А.Ю., 1972; Вязов О.Е. и др., 1973]. Высказывается мнение, что опухолевые клетки, индуцированные тем или иным канцерогеном, приобретают устойчивость к его повреждающему действию по сравнению с нормальными клетками исходной ткани, и поэтому, они как бы возвращаются к своим филогенетическим предшественникам – одноклеточным организмам с бесконтрольным делением [Монцевичюте-Эрингене Е.В., 1980]. При различных нарушениях жизнедеятельности, сопровождающихся гипоксией, в крови увеличивается содержание фетального гемоглобина (HbF), который обладает большей способностью к переносу кислорода по сравнению с вариантами гемоглобина у зрелых организмов [Студеникин М.Я. и др., 1979; Воробьев А.И. и др., 1985]. Известно также, что устойчивость новорожденного к гипоксии выше, чем в более позднем онтогенезе. Устойчивость к гипоксии падает с усложнением организмов [Адо А.Д., 1985]. В 1940 г. академик Орбели Л.А. отмечал, что при некоторых нарушениях ЦНС происходит мобилизация эволюционно более ранних форм обменных процессов и особенностей рефлекторной деятельности. Исследование обменных процессов (в частности, гликолиза) в мозгу у зрелых организмов в условиях искусственной и физиологической гипотермии позволило обнаружить изменение метаболических реакций мозга в сторону эмбрионального типа обмена, что расценивается также как мобилизация филогенетических более древних путей метаболизма [Эмирбеков Э.З. и др., 1984]. Известно, например, что при некоторых видах патологии ЦНС у взрослых (пирамидные расстройства и др.) возобновляются рефлексы (например, хоботковый, Бабинского), которые в естественных физиологических условиях наблюдаются у новорожденных и грудных детей. Еще одним примером феномена в неврологии может служить синдром Робин Гуда или извращенный синдром внутримозгового "обкрадывания", который проявляется увеличением кровотока в очаге поражения мозга, сопровождающемся реактивной гиперемией, в ответ на нервные или гуморальные сосудосуживающие влияния (реакция артерий в патологическом очаге на сосудосуживающие воздействия отсутствует либо резко снижена, как и в раннем онтогенезе). Это происходит за счет перераспределения кровотока в результате его уменьшения в здоровых областях мозга, окружающих зону повреждения, и увеличения, тем самым, кровотока в очаге поражения, что может играть существенную роль в процессах восстановления структуры и функции этого отдела мозга [Шмидт Е.В. и др., 1976].

Есть основания считать, что возврат к ранним стадиям онто- и филогенеза идет, по-видимому, не только в условиях патологии, но и при физиологическом стрессе (эустрессе), состояниях гипнотического транса и др. Уникальный опыт в этом отношении накоплен трансперсональной психологией. Используя соответствующие методики, можно добиться того, что человек беспрепятственно «путешествует» в любое время и получает информацию, которую невозможно получить даже

в результате специального образования. Люди подробно описывают события из жизни своих предков, древних народов. Иногда пациенты переживают идентификацию с различными представителями животного мира, описывают, как они становятся зверями, ловят добычу, кусают рыбу, пойманную в реке, ощущают хруст чешуи, костей, вкус свежего мяса, который им приятен. Анализируя литературные источники интересное выражение находим у русского религиозного философа Розанова В.В.: “Язычество есть младенчество человечества, а детство в жизни каждого из нас – это есть его естественное язычество. Так что все мы проходим “через древних богов” и знаем их по инстинкту”.

Известно, что любая болезнь характеризуется двойственной и внутренне противоречивой природой [Броновицкий А.Ю., 1974]. Это значит, что наряду с развивающимися нарушениями структуры и функций организма, параллельно включаются компенсаторно-приспособительные, восстановительные процессы, направленные на полное выздоровление (если для этого есть резервы) или поддержание определенного уровня здоровья при хронических расстройствах жизнедеятельности. Есть основания считать, что различные эмбриональные белки-индукторы (регуляторы), которые появляются или образование которых существенно увеличивается при различных патологических состояниях, играют существенную роль как в разворачивании патологического процесса, так и его свертывании. Учитывая, что патологически измененная ткань частично ускользает от регулирующих факторов взрослого организма, логично предположить, что приобретение ею эмбриональных черт связано, в определенной мере, с необходимостью восстановления ткани биорегуляторами эмбрионального периода. По-видимому, в периоде пренатального онтогенеза свойства эмбриональных тканей отличаются более значительной пролиферативной и восстанавливающей способностью, чем ткани дефинитивного (зрелого) организма. По мере восстановления ткани она постепенно теряет эмбриональные черты в силу того, что постепенно приобретает свойства адекватно реагировать на регуляторные факторы взрослого организма.

На основании анализа литературных данных сформировалось представление о следующих аспектах биологической целесообразности этого феномена. Во-первых, - это повышение устойчивости организма, поврежденных тканей, психики к действию патогенных факторов с тем, чтобы предупредить значительное повреждение и гибель (возврат к ранним стадиям филогенеза, например, связан с тем, что менее организованные существа более устойчивы ко многим повреждающим факторам). Во-вторых, - ускорение процессов репарации, в том числе психического здоровья. В-третьих, обеспечение повышения устойчивости восстановленного при остром повреждении органа (ткани) к последующим повреждающим воздействиям. Глубокое изучение рассматриваемого феномена поможет решению многих вопросов общей и частной патологии в психо- и нейронауках, разработке новых эффективных методов диагностики, лечения и реабилитации, контроля за этими процессами в психиатрии, психологии, неврологии, других областях медицины.

Цяцёркіна Т. І., Аб'едкаў В. Г.

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Мінск

Парушэнні інфармацыйных міжпаўшарных працэсаў пры шызафрэніі

Дадзенае даследаванне грунтуецца на канцэпцыі функцыянальнай асіметрыі паўшар'яў галаўнога мозгу чалавека, якая з'яўляецца яго фундаментальнай ўласцівасцю, неабходнай умовай паўнаважнасці нервова-псіхічнай дзейнасці. Вядомы феномен “расшчаплення” псіхікі ў хворых шызафрэніяй, які праяўляецца амбівалентнасцю думак, пачуццяў, “раздваеннем” асобы і нагадвае разлад псіхічнай дзейнасці ў выніку камісуратаміі. Гэта дае падставы меркаваць аб парушэннях абмену інфармацыі паміж паўшар'ямі мозгу пры шызафрэніі.

Рэлевантным спосабам даследавання міжпаўшарных стасункаў з'яўляецца вывучэнне індывідуальных профіляў функцыянальнай асіметрыі (ІПФА) галаўнога мозгу. Т.І.Цяцёркінай (2003) распрацавана класіфікацыя ІПФА, крытэрыямі якой абраныя спосаб апрацоўкі інфармацыі, і характарыстыка відаў пазнання.

Пры правым, “класічным” ІПФА, дзе вядучая рука, нага, вока і вуха правыя, існуе строгі падзел функцый паміж гемісферамі, што забяспечвае паслядоўны спосаб апрацоўкі інфармацыі. Пачуццёвы і абстрактны этапы пазнання аддзелены адно ад аднаго. Наглядна-образнае і моўна-лагічнае думанне развіты і збалансаваны. Асабліва ўласцівыя адвольны характар псіхічных працэсаў і здольнасць да прагназавання. Ацэнка наяўнай сітуацыі пэўная і дасканалая. Псіхіка чалавека з такой арганізацыяй мозгу праяўляе ўстойлівасць да нагрузак і, найперш, да хранічнага стрэсу. Правы ІПФА, па нашых дадзеных, мае месца ў 52,0% здаровых людзей і толькі ў 4,2% хворых шызафрэніяй ($p < 0,001$).

Сіметрычны і блізкі да яго лева-сіметрычны тыпы, дзе маторныя і сенсорныя функцыі прадстаўлены ў паўшар'ях амаль аднолькава, назірался ў 29,0% здаровых і 40,4% хворых ($p < 0,05$). Ён характарызуецца адсутнасцю выразнага функцыянальнага падзелу паміж гемісферамі, паралельным спосабам апрацоўкі інфармацыі і адказнасцю абодвух паўшар'яў за ўспрыманне як вербальнай, так і невербальнай інфармацыі. Яе апрацоўка адбываецца сінхронна. Працэсы фармавання вобразаў і перавод іх на лагічны, абстрактны ўзровень не падзелены. Наглядна-образнае і моўна-лагічнае мысленне своеасабліва ўзаемапранікаюць, у выніку чаго ствараецца якасна іншы, чым пры правым ІПФА, модус пазнання. У сітуацыі, калі паўшар'і функцыянальна роўныя, няма патрэбы ў шчыльным абмене інфармацыяй паміж імі. Ацэнка сітуацыі “грашыць” суб'ектыўнасцю з прычыны спаборніцтва функцыянальна роўных гемісфер за інфармацыю і амаль наканаванага атрымання двух розных вынікаў яе апрацоўкі. Пры несупадзенні дзвюх ацэнак легка ўзнікаюць міжпаўшарныя канфлікты, наступствам чаго з'яўляецца дэзарганізацыя псіхічнай дзейнасці. Успрыманне сітуацыі ў скажоным выглядзе і хуткасць пера-

даны неверифікованай інфармацыі ствараюць глебу да падманаў успрымання і імпульсійных, неадэкватных паводзінаў.

Левы ІПФА назіраўся ў 2,0% здаровых і 2,1% хворых шызафрэній. У працы мозгу яго ўладальнасць спалучаюцца рысы як асіметрычнага, так і сіметрычнага тыпаў. Так званы інвертаваны тып, дзе ступень асіметрыі рук ніжэйшая за ступень асіметрыі слыху ва ўспрыманні вербальных стымуляў, тады як звычайна гэтыя дачыненні зваротныя, выяўлены ў 14,0 % здаровых і 19,1% хворых. У апошніх інверсія часцей спалучаецца з сіметрыяй рук і суправаджаецца глабальнымі парушэннямі як пачуццёвага, так і абстрактнага пазнанняў, ствараючы адмысловую групу клінічных сімптомаў. Астатнія 34,0% як здаровых, так і хворых мелі розныя варыянты апісаных спалучэнняў ІПФА, у апошніх яны аказвалі мадыфікавальны ўплыў на клінічныя правы шызафрэнні.

Шалькевич Л. В., Жарихина М. П., Шарко Е. Е.

ГУО «БелМАПО»,

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск

Значения затылочных пиков и средней частоты альфа-ритма у детей с эпилепсией

Одним из наиболее информативных показателей функционального состояния головного мозга является степень выраженности, организованности и пространственного распределения альфа-ритма. Значения его средней частоты в различных возрастных периодах – показатель качества работы головного мозга на определенных этапах онтогенеза. Еще более точную информацию об уровне функционирования головного мозга может дать ведущая (пиковая) частота, ее отсутствие может указывать как на незрелость, так и органическую дисфункцию головного мозга.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами был обследован 81 ребенок в возрасте от 3 до 18 лет с различного вида эпилептическими приступами. Контрольную группу составили 56 здоровых детей соответствующего возраста. Всем детям была проведена электроэнцефалография с последующей компьютерной обработкой. Большим эпилепсией ЭЭГ была зарегистрирована в межприступный период.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя и пиковая частоты затылочного альфа-ритма у больных эпилепсией в возрасте от 3 до 5 лет составили соответственно: слева $9,49 \pm 0,42$ Гц и $7,15 \pm 2,03$ Гц; справа $9,42 \pm 0,48$ Гц и $7,15 \pm 1,97$ Гц; у здоровых – слева $9,43 \pm 0,45$ Гц и $9,25 \pm 0,76$ Гц; справа $9,47 \pm 0,44$ Гц и $9,29 \pm 0,92$ Гц. В возрасте от 6 до 9 лет у детей с эпилепсией

эти показатели были выявлены на уровне: слева $9,28 \pm 0,42$ Гц и $7,57 \pm 1,55$ Гц; справа $9,29 \pm 0,47$ Гц и $7,72 \pm 1,6$ Гц; у здоровых – слева $9,48 \pm 0,47$ Гц и $8,68 \pm 1,09$ Гц; справа $9,59 \pm 0,46$ Гц и $8,74 \pm 1,27$ Гц. У больных эпилепсией в возрасте от 10 до 12 лет средняя и пиковая частоты затылочного альфа-ритма были: слева $9,57 \pm 0,53$ Гц и $9,24 \pm 0,74$ Гц; справа $9,55 \pm 0,53$ Гц и $9,12 \pm 0,74$ Гц; у здоровых такого же возраста: слева $9,75 \pm 0,6$ Гц и $9,36 \pm 0,76$ Гц; справа $9,69 \pm 0,65$ Гц и $9,34 \pm 0,82$ Гц. Средняя и пиковая частоты затылочного альфа-ритма у детей с эпилепсией в возрасте от 13 до 18 лет составили: слева $9,96 \pm 0,61$ Гц и $9,7 \pm 1,04$ Гц; справа $9,99 \pm 0,57$ Гц и $9,78 \pm 0,98$ Гц; эти показатели у здоровых: слева $10,16 \pm 0,64$ Гц и $9,97 \pm 1,04$ Гц; справа $10,18 \pm 0,69$ Гц и $9,99 \pm 1,03$ Гц.

У 17,5% больных эпилепсией и у 7% здоровых пиковая частота не определялась.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как показали наши данные, значения средней и пиковой частот затылочного альфа-ритма у детей с эпилепсией во всех возрастных группах были ниже, чем у здоровых детей соответствующего возраста. Другой особенностью, характерной для больных эпилепсией, было более частое отсутствие пиковой частоты по сравнению со здоровыми. Показатели пиковой частоты альфа-ритма у детей с эпилепсией и здоровых детей дошкольного возраста располагались в более медленном диапазоне, что связано с физиологическим относительным замедлением фоновой активности в этом возрасте. У здоровых детей младшего школьного возраста в качестве основного был зарегистрирован альфа-ритм, значения пиковой частоты также находились в этом диапазоне, в то время как у больных эпилепсией в этом возрасте продолжала преобладать тета-активность, что является важным диагностическим критерием, указывающим на более медленные процессы созревания церебральных структур вследствие эпилептогенных нарушений. Среди подростков в обеих группах средние и пиковые частоты находились в альфа-диапазоне, также с незначительным замедлением у больных эпилепсией, однако не столь выраженными, как в младшем возрасте.

Шанько Г. Г., Ивашина Е. Н., Шанько Л. В.

ГУО «БелМАПО»,

Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями, Минск

Повышение пластичности головного мозга при терапевтически резистентных формах эпилепсии

Несмотря на определенные успехи в эпилептологии и синтез новых противосудорожных средств, у 20-25% больных встречаются терапевтически резистент-

ные формы болезни, когда отсутствует эффективность при использовании двух адекватных препаратов первого ряда в монотерапии и в комбинации в максимально переносимых дозах с приемлемыми для больного побочными эффектами (Z. Sabol, 2005). Наиболее часто терапевтически резистентные формы встречаются при симптоматической эпилепсии, которая возникает вследствие конкретных причин, выявляющихся визуализирующими методами исследования (в основном КТ и МРТ головного мозга).

В настоящее время терапевтическая резистентность при эпилепсии объясняется с позиции нейропластичности, которая, с одной стороны, формирует и закрепляет биологически полезные, а с другой стороны, и патологические связи и системы. При этом в мозге происходят структурно-функциональные перестройки, возникают новые связи и функциональные системы, которые не встречаются в норме, и по этим замкнутым кольцевым орбитам циркулирует патологическое возбуждение, что формирует резистентность к медицинским препаратам. Подобные функциональные изменения вовлекают гиппокамп и некоторые участки коры полушарий большого мозга и являются ведущей частью патологической эпилептической системы (А.Б. Гехт с соавт., 2005).

Происходят также нарушения ионных каналов с формированием эпилептогенных каналопатий. В случае стабилизации указанных расстройств возникает резистентность. В этой связи является обоснованным использование медикаментов, повышающих потенциал физиологической (полезной) нейропластичности. Мы в течение последних 10 лет для лечения терапевтически резистентных форм эпилепсии широко используем различные нейропротекторы, обладающие положительным многогранным действием на мозг и минимальным побочным действием на соматические функции. К таким препаратам мы относим ноофен, кавинтон, пиридоксин в больших дозах (все они обладают и противосудорожным действием), а также кортексин, актовегин, сермион, карнитина хлорид, пантогам. Во многих случаях используем гомеопатические антигоммотоксические препараты, которые стимулируют иммунитет, активизируют детоксикацию, восстанавливают нарушенные регуляционные процессы в организме (церебрум-композитум, убинихон-композитум).

Использование такого подхода к лечению эпилепсии повышает эффективность терапевтических мероприятий, снижает на 8-10% частоту терапевтически резистентных форм болезни и повышает качество жизни больных.

Следовательно, изучение новых механизмов патогенеза эпилепсии требует разработки дополнительных подходов к ее лечению и эта болезнь должна выйти за рамки использования только противоэпилептических средств.

Шанько Г. Г., Шанько Ю. Г., Барановская Н. Г.

ГУО «Бел МАПО»,

Минский городской центр медицинской реабилитации детей

с психоневрологическими заболеваниями, Минск

Нейропластичность и ее роль в неврологии и психиатрии

Нейропластичность (пластичность нервной системы) – способность нервной ткани изменять свою структурно-функциональную организацию под влиянием экзогенных и эндогенных факторов. По своей биологической сущности различают физиологическую (полезную) и патологическую пластичность. Физиологическая пластичность способствует закреплению в памяти возникающих изменений, необходимых для развития нервной системы, является основой памяти, обучения, формирования новых рефлексов, проводящих путей и функциональных систем, восстановлению функции нервной системы после повреждения.

Экспериментальными исследованиями на животных было установлено, что нейропластичность сопровождается изменением структуры астроглии, модификацией размеров астроцитов, увеличением зон контактов астроцитов и синапсов, площади отростков дендритов, стимуляцией дополнительных зон конкретных анализаторов и другими процессами, протекающими в нервной и глиальной ткани.

Наибольшей пластичностью обладает мозг в раннем онтогенезе. С возрастом снижается пластичность нервной системы. Начиная с 50 лет вес мозга снижается на 2-3% за каждое десятилетие, а в 90 лет наступает потеря 10% из 20 миллиардов нейронов. Однако эти изменения в большинстве случаев носят субпороговый характер и не сопровождаются очаговыми и мнестическими нарушениями. В нашей повседневной жизни задействовано только 8-10% мозга, а 90% и более предназначено на крайний случай для проявления пластичности. Весьма существенна роль обучения и образования на выраженность нейропластических изменений. Установлена связь между уровнем образования и ветвистостью дендритов. Наибольшее дендритное поле было у лиц с высшим образованием, значительно меньше при среднем и минимально при низком образовании. Аналогично с этим был меньший риск болезни Альцгеймера у лиц с академическим образованием и постоянной творческой деятельностью, а при низком уровне образования риск деменции был выше в 4 раза. Благодаря нейропластичности в ряде случаев выраженные органические изменения в головном мозге (по данным КТ и МРТ) не сопровождаются клиническими расстройствами. Описаны отдельные случаи атрофии одной гемисферы большого мозга (там была жидкость) у здорового человека, окончившего институт и успешно занимавшегося наукой. Мы наблюдали случаи выраженной внутренней гидроцефалии и больших по объему арахноидальных кист у здоровых подростков и взрослых (выявлены случайно). Патологическая пластичность проявляется в том, что при включении механизмов нейропластично-

сти при повреждении мозга возникают новые ошибочные межнейрональные связи, которых не было в норме. Они нередко усугубляют имеющиеся церебральные расстройства или способствуют возникновению новых нарушений. Постепенно под влиянием патологической пластичности повышается активность деятельности патологических функциональных систем и они становятся резистентными к различным, в том числе медикаментозным, воздействиям.

Патологическая пластичность способствует возникновению генераторов патологического возбуждения. Патологические эффекты нейропластичности в эксперименте и клинике детально изучаются Г.Н. Крыжановским. Автор рассматривает пластичность, как некую силу, которая формирует и закрепляет не только биологически полезные, но и патологические связи и системы.

Шилов Г. Н.

ГУ "РНПЦ психического здоровья", Минск

Некоторые новые представления о структуре гамк-бензодиазепновых рецепторов и перспективы лечения эпилепсии антиконвульсантами, содержащими фармакофор глицина

Известно, что эпилепсией страдает около 1% населения. При этом стандартная терапия только у 80% пациентов предотвращает развитие эпилептических приступов, тогда как оставшихся 20% страдают от так называемых неконтролируемых приступов. В этой связи поиск новых антиконвульсантов по-прежнему является злободневной задачей современной эпилептологии. В свою очередь, следует отметить, что отличительной чертой современных подходов к разработке новых противосудорожных препаратов является поиск таких соединений, которые бы по своей структуре и активности приближались к естественным физиологическим субстанциям, выполняющим ту же функцию (каковыми в частности являются широко представленные в ЦНС тормозные аминокислоты ГАМК и глицин), а также не обладали бы рядом нежелательных побочных клинико-фармакологических эффектов, присущим уже существующим препаратам.

В связи с вышеизложенным были изучены молекулярная геометрия и квантово-химические характеристики фармакофоров основных групп антиконвульсантов, ряда антагонистов ГАМК-рецепторов (пикротоксина, бикукулина, бемегида), основных конформеров ГАМК и глицина. На основании полученных данных был сделан вывод о том, что фармакофоры барбитуратов, бензодиазепинов, циклического ГАМК-конформера и глицина идентичны по своей структуре и, следовательно, могут взаимодействовать с одним и тем же локусом в структуре ГАМК-А ре-

цептора. На основании полученных параметров молекулярной геометрии вышеупомянутых препаратов и соединений было синтезировано соединение X-глицин, содержащее в своей структуре фармакофор глицина и хорошо проходящее через гематоэнцефалический барьер. На ряде экспериментальных судорожных моделей (пикротоксиновой, пентилентетразолевао и электросудорожной), а также электрофизиологическими экспериментами (ЭКОГ) был продемонстрирован хороший противосудорожный (тормозной электрофизиологический) эффект этого соединения, а также сделан вывод о механизме действия вновь синтезированного антиконвульсанта (X-глицина) и высказаны некоторые новые представления о структуре ГАМК-бензодиазепинового рецепторного комплекса.

По-видимому в ЦНС существуют 2 различных ГАМК-рецептора: ГАМК-1 и ГАМК-2, для которых агонистами являются как классический ковшеобразный ГАМК-1-конформер, так и циклический ГАМК-2-конформер. Механизм действия глицина, барбитуратов и бензодиазепинов реализуются именно через ГАМК-2 рецептор. Представляется перспективным разработка антиконвульсанов, содержащих в своей структуре глициновый фармакофор.

Шилов Г. Н., Евстигнеев В. В., Юршевич Е. А.
ГУ «РНПЦ психического здоровья»,
ГУО «БелМАПО», Минск

Роль нейровизуализации в комплексной диагностике дисциркуляторных энцефалопатий

Термин «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭ), введенный в клинику Шмидтом Е. В. в 1985 г., определен как «медленно прогрессирующая недостаточностью кровоснабжения, приводящая к развитию множественных мелкоочаговых некрозов мозговой ткани и обуславливающая нарастание нарушений функций головного мозга». В настоящее время, в связи со значительным старением населения в развитых странах, а также широкой распространенностью сосудистых факторов риска (атеросклероз, артериальная гипертензия - АГ, сахарный диабет, курение и т.д.) число больных с ДЭ неуклонно растет. В тоже время диагностика, лечение и экспертная оценка этой патологии представляют определенные трудности для практической медицины.

Общепризнано, что диагностика ДЭ должна носить комплексный характер и базироваться на данных жалоб цереброастенического характера, анамнеза больного, наличия сосудистых факторов риска (избыточный вес, транзиторные ишемические атаки, сахарный диабет, дислипидемия, стенокардия, мерцательная аритмия и др.), данных неврологического осмотра (психоэмоциональные и когнитивные нарушения, вестибуло-атактический, пирамидный, бульбарный, псев-

добульбарный, сосудистая деменция), данных УЗИ брахиоцефальных артерий и транскраниальной доплерографии (стенозы, повышенное циркуляторное сопротивление сосудов, снижение или ускорение кровотока в ВББ, гемодинамически значимые асимметрии кровотока и т.д.), данных ЭЭГ и ЭЭГ-картирования, позволяющих подтвердить наличие органического поражения мозга на кортикальном и/или субкортикальном уровнях, а также данных нейровизуализации (в первую очередь КТ и МРТ), позволяющих визуализировать атрофические процессы и ишемические очаги на разных стадиях развития.

Следует признать, что по информативности и значимости вышеперечисленных данных обследования больных с ДЭ, КТ и особенно МРТ, в настоящее время выдвинулись на первое место. Так, уже в ранних исследованиях больных с ДЭ посредством КТ было продемонстрирована взаимосвязь между выраженностью внутренней водянки и тяжестью клинических проявлений. Методика МРТ кроме атрофического процесса в головном мозге выявила целый ряд признаков, характерных для ДЭ: перивентрикулярный лейкоареоз, наличие, как правило, мелких гиперинтенсивных в T2 изображении очагов различной локализации – в первую очередь в белом веществе и базальных ганглиях, а также в проекции Вирховских пространств (так называемый синдром «etiet crable» или «ткани изъеденной молью») и пограничных зонах васкуляризации артерий различных сосудистых бассейнов. В тоже время подобная МРТ-картина может иметь место и при ряде другой сосудистой патологии, в частности при болезни Альцгеймера. Следовательно, вышеупомянутые нейровизуализационные признаки органического поражения головного мозга при ДЭ не должны рассматриваться изолировано от клинической картины.

Таким образом, чрезмерная субъективизация и сложность подтверждения соответствия органического характера поражения головного мозга и клинических проявлений при ДЭ создают предпосылки для спекуляций этим диагнозом и преувеличении роли параклинических методов диагностики и, в первую очередь, таких важных и информативных как КТ и МРТ, давая возможность лучевым диагностам формулировать заключение как «МРТ-признаки ДЭ», тогда как, по мнению авторов данных тезисов, более оправданной была бы трактовка МРТ данных у больных с ДЭ как «Гидроцефально-атрофические изменения, вероятнее всего сосудистого генеза».



Гармония инноваций и традиций

Pharmaceuticals Public Limited Company

Фармацевтический завод «Эгис» был создан в конце 40-х годов из венгерского филиала швейцарской фирмы Вандлер, основанной в 1912 году, и нескольких фармацевтических лабораторий. Основными целями явились создание современного крупного промышленного производства субстанций и готовых лекарственных форм.

С первых же дней создания завод уделял большое внимание научной и исследовательской деятельности. Наиболее успешным оригинальным препаратом, выпущенным заводом, был препарат Галидор® (бенциклан). Этот препарат до настоящего времени экспортируется более чем в 50 стран мира. Результатом совместной работы с Исследовательским институтом лекарственных средств явился всемирно известный транквилизатор Грандаксин® (тофизопам).

В настоящее время завод Эгис производит 220 наименований лекарственных препаратов. Ежегодно более 500 соединений находятся в различных стадиях исследования.

Психиатрический портфель завода Эгис известен врачам уже давно. Очень долго в практике врачей-психиатров были антидепрессант Мелипрамин® (имипрамин) и антипсихотик Тизерцин® (тизерцин). Компания не стоит на месте и сегодня в практике врачей имеются такие антидепрессанты как Стимулотон® (сертралин), препарат выбора у больных с депрессией в сочетании с сердечно-сосудистой патологией; Велаксин® (венлафаксин) капсулы пролонгированного действия – быстро устраняет депрессию, в том числе и с тревогой благодаря двойному механизму действия и стабильной концентрации в плазме крови.

Совсем недавно врачи Беларуси получили в свой арсенал препарат Кетилепт® (кветиапин), позволяющий социально адаптировать больных с шизофренией благодаря устранению не только позитивной, но и негативной симптоматики и положительному влиянию на когнитивные функции.

Примечателен тот факт, что препараты, применяемые в психиатрической практике, удостоены премий Венгерской Ассоциации Инноваций. Стимулотон® – в 2004 (премия за инновационный синтез), Велаксин® капсулы пролонгированного действия – в 2007 (премия за инновационный синтез и разработку принципиально новой пролонгированной формы), Кетилепт® – в 2009 (премия за инновационный синтез).

В настоящее время ведется разработка современных лекарственных средств, которые в ближайшие 2-3 года помогут врачам и пациентам нашей страны в лечении различных психических расстройств.

HU - 1106 Budapest
Keresztúri út 30-38
Phone: +36-1-265-5555
Fax: +36-1-265-5502

Представительство ЭГИС в Республике Беларусь
220053, г.Минск, переулок Ермака, 6а
Телефоны: (+375 17) 310 21 43, 310 21 44
Факс: (+375 17) 334 25 72
e-mail: info@egis.by
www.egis.by

АО Гриндекс – фармацевтическое предприятие европейского уровня, занимающее лидирующую позицию на фармацевтическом рынке Балтии. Является производителем лекарств с наибольшим объемом продаж, доказав высоким качеством своей продукции конкурентоспособность на рынках многих стран мира.

Оригинальные препараты: Милдронат, Фторатур и др.

Компания производит и продает медицинские препараты следующих групп: сердечно-сосудистые, психотропные, противоопухолевые, муколитические, утеротонические, снотворные, антигельминтные, противодиарейные, слабительные, противоязвенные, инфузионные растворы и др.

Компания является производителем:

1. Атипичных нейролептиков: Бетамакса, Риспаксола;
2. Антидепрессанта (ИОЗНС) - Венлаксола;
3. Трициклического антидепрессанта - Амитриптилина;
4. Транквилизатора (анксиолитика) - Золомакса;
5. Снотворного пирролонового ряда - Сомнола;
6. Производного бензодиазепина - Диазепекса;
7. Противопаркинсонического антихолинергического средства - Циклодола

Качество соответствует международному стандарту GMP.

Гриндекс (департамент торговли с Россией и странами СНГ, АО)

ул. Крустпилс, 53, LV-1057, г. Рига, Латвия,
т. +371 708-33-57, ф. +371 708-33-03

Представительство в Беларуси:

ул. Энгельса, 34А, офис 728, 220030, г. Минск,
т. (017) 201-35-73, 201-35-75, ф. (017) 210-20-16,
e-mail grindex@mail.belpak.by

Разрешение: МИД от 19.07.2005 до 20.08.2008 №3228



**Лундбек — специалисты в психиатрии,
пионеры в неврологии**

**Х. Лундбек является международной фармацевтической компанией,
занимающейся разработкой, производством и продажей
препаратов для лечения психических и нервных заболеваний.
Штаб-квартира компании находится в Копенгагене (Дания).**

В середине 1950-х в ее исследовательских лабораториях начались эксперименты с молекулой хлорпромазина, основной целью которых было создание нейролептика с меньшим количеством побочных эффектов. К началу 1959 г. был создан и официально зарегистрирован первый психотропный препарат компании – нейролептик хлорпротиксен (торговое название компании – Труксал). Именно с этого времени, с конца 1950-х годов в развитии компании Х.Лундбек начинается новый этап – специализация на психотропных средствах, причем все препараты разрабатывались в собственных научно-исследовательских лабораториях. В 1961 г. были зарегистрированы: первый оригинальный антидепрессант компании – **амитриптилин** (Саротен), ставший впоследствии по праву «золотым стандартом» антидепрессивной терапии и единственный в Европе амитриптилин пролонгированного действия – **Саротен Ретард**. В 1960-80 гг. были созданы антидепрессант нортриптилин (Норитрен), нейролептики тиоксантенового ряда – флулентиксол (**Флюанксол**) и зуклопентиксол (**Клопиксол**) в разных лекарственных формах (таблетках, каплях, депо-инъекциях). При этом Клопиксол имеет уникальную лекарственную форму (**Клопиксол-Акуфаз**), предназначенную для купирования острых психозов, с длительностью действия одной инъекции 3 дня. В конце 1980-х годов был разработан и начал применяться в клинической практике новый антидепрессант циталопрам (Ципрамил), относящийся к фармакологической группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

В начале XXI века компания Лундбек разработала суперселективный ингибитор обратного захвата серотонина, второго поколения, для лечения тревожных расстройств и депрессии – антидепрессант **Ципралекс** (Эсциталопрам) .

Лундбек сегодня

Х.Лундбек сегодня – это хорошо известная международная фармацевтическая компания, которая имеет представительства более чем в 55 странах и продает свои препараты по всему миру. Лундбек сегодня – это 5 500 сотрудников, 2 современных фармацевтических завода в Дании (Лумсас) и Великобритании (Сил Сэндз) и научно-исследовательские лаборатории.

Лундбек в Беларуси

С 2003 года компания Лундбек начала работу в Республике Беларусь.

Зарегистрированы следующие препараты: *нейролептики* – Клопиксол таблетки, Клопиксол Акуфаз, Клопиксол Депо; Флюанксол таблетки, Флюанксол Депо; Труксал (Хлорпротиксен), Сердолект (Сертиндол). *Антидепрессанты* – Саротен Ретард (Амитриптилин суточного действия), Ципралекс (препарат второго поколения СИОЗС).

Дополнительную информацию вы можете получить на сайтах :

www.lundbeck.com www.lundbeck.ru

Адрес представительства: 220123, г.Минск, ул. В.Хоружей, 22-1402,
контактный телефон +375 172 83 16 33, факс +375 172 83 16 40



Разработка, производство и поставка оригинальных лекарственных препаратов (транквилизаторов, ноотропов, противомикробных, антигистаминных, антиаритмических и др.).

ПСИХОТРОПНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

НЕЙРОМИДИН® (Neiromidinum)

Таб. 20 мг №50, амп. 0,5% - 1,0 мл №10, амп. 1,5% - 1,0 мл №10
МНН: Ipidacrinum

Антихолинэстеразный препарат с двойным механизмом действия. Принципиально новый тип стимуляторов проведения возбуждения в центральной и периферической нервной системах.

Показания к применению:

- комплексная терапия деменций различного генеза, в том числе болезни Альцгеймера и других форм слабоумия позднего возраста;
- комплексная терапия демиелинизирующих заболеваний нервной системы, рассеянного склероза;
- в остром и восстановительном периоде органических поражений ЦНС травматического, сосудистого и другого генеза;
- заболевания периферической нервной системы (нейропатии, полинейропатии, миелополурадикулонейропатии) травматического, токсического, инфекционного, дисметаболического происхождения;
- заболевания центральной нервной системы (врожденные и приобретенные), бульбарные параличи и парезы;
- снижение мышечного тонуса, миастения и различные миастенические синдромы различного генеза;
- атония кишечника, мочевого пузыря, дисфункция тазовых органов.

АДАПТОЛ® (Adaptolum)

Таб.300 мг №20 и 500 мг № 20

Современный дневной небензодиазепиновый анксиолитик с широким спектром действия.

Показания к применению:

- в неврологии и психиатрии – при неврозах и неврозоподобных состояниях, протекающих с явлениями раздражительности, тревоги и страха. Адаптол® назначают для улучшения переносимости нейролептиков и бензодиазепиновых транквилизаторов;
- в терапии – для комплексного лечения ИБС, кардиалгий различного генеза, инфаркта миокарда и других психосоматических заболеваний;
- в гинекологии – для купирования предменструальных и климактерических расстройств;
- в быту и на производстве – для профилактики невротических расстройств в стрессовых ситуациях.

НООФЕН® (Noofenum)

Таб. 250 мг № 20

Эффективный ноотропный препарат с мягким транквилизирующим эффектом.

Показания к применению:

- астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, страх, тревога, невроз навязчивых состояний, психопатия, у пожилых людей – бессонница, ночное беспокойство;
- профилактика невротических расстройств в стрессовых ситуациях;
- комплексное лечение алкоголизма;
- болезнь Меньера и дисфункция вестибулярного аппарата;
- профилактика воздушной и морской болезни;
- у детей при логоневрозе, тиках, энурезе, неврозах, церебрастенических синдромах.

«Sun Pharmaceutical Industries Ltd.» является в Индии компанией №1 по производству препаратов для лечения психических, неврологических заболеваний. «Sun Pharmaceutical industries Ltd.» работает в Беларуси с апреля 1994 года.

В настоящее время компания поставляет в Беларусь более 30 торговых наименований медицинских препаратов, применяемых в кардиологии, гастроэнтерологии, неврологии, психиатрии, гинекологии, эндокринологии, для лечения инфекционных заболеваний, онкологии.

Неврологические препараты

ЗЕПТОЛ	карбамазепин	200 мг	100 таб.	№216/94/99/04 30.09.2009
ЗЕПТОЛ Ретард	карбамазепин ретард	200 мг 400 мг	30 таб. 30 таб.	№ 5486/02/06 19.12.2011
ТОПИРОЛ	топирамат	25 мг 50 мг 100 мг	10таб.,30 таб. 10таб.,30 таб. 10таб.,30 таб.	№ 9064/09 20.10.2014
СИНДОПА	леводопа+ карбидопа	250 мг/25 мг	50 таб.	№217/94/99/04 30.09.2009
ЭНКОРАТ	вальпроат натрия	200 мг	100 таб.	№737/95/2000/05 02.09.2010
ЭНКОРАТ ХРОНО	вальпроат натрия+ вальпроевая кислота	200 мг 300 мг 500 мг	30 таб. 30 таб. 30 таб.	№5487/02/07 30.01.2012

Психотропные препараты

СЕНОРМ	галоперидол	1,5 мг 5 мг	100 таб. 100 таб.	№323/94/99 17.12.2009
СЕНОРМ-5 инъекц. СЕНОРМ деканоат	галоперидол	5 мг/мл 50 мг/мл	5 амп. по 1 мл 5 амп. по 1 мл	№1249/95/2000/05 20.12.2010
АЛЗОЛАМ	алпразолам	0,25 мг 0,5 мг	100 таб. 100 таб.	№5534/02/07 25.04.2012
КЛОФРАНИЛ	кломипрамин	25 мг	50 таб.	№ 8435/07 30.11.2012
ФЛУВОКСИН	флувоксамин	50 мг 100 мг	30 таб. 30 таб.	№ 8402 02.11.2012
АЛЕВАЛ	сертралин	25 мг 50 мг 100 мг	30 таб. 30 таб. 30 таб.	№ 8454/07 20.12.2012
СИЗОДОН	рисперидон	1 мг 2 мг 3 мг 4 мг	20 таб. 20 таб. 20 таб. 20 таб.	№ 8315/07 31.08.2012
КУТИПИН	кветиапин	25мг 50мг 100мг 200мг 300мг	30таб. 30таб. 30таб. 30таб. 30таб.	№8829/08 29.12.2013

Медпрепараты компании «SUN PHARMA» соответствуют стандартам GMP.

Представительство в Республике Беларусь:
220034, г. Минск, ул.Марьевская, д. 7А, Тел.: (37517) 289-74-24; 284-29-59
E-mail: sunminsk@mail.belpak.by, <http://sunpharma.org>

Глава представительства – г-н Нарайанан Субрамония Айер



ПРЕПАРАТЫ КОМПАНИИ ПФАЙЗЕР, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ПСИХИАТРИИ

Зелдокс* (зипразидон) — показан для лечения шизофрении и других психических заболеваний, сохранения клинического улучшения и профилактики рецидива при продолжении лечения. Биполярное расстройство: Зелдокс показан для лечения маниакальных или смешанных эпизодов, связанных с биполярным расстройством с признаками или без признаков психоза. Рекомендованная первоначальная доза составляет 40 мг 2 раза в день вместе с едой. Дневная доза может быть изменена в соответствии с индивидуальным клиническим состоянием и доведена максимум до 80 мг 2 раза в день. При наличии соответствующих показаний максимальная рекомендованная доза может быть достигнута уже на 3-й день терапии. Для пожилых пациентов корректировки дозы не требуется (65 лет и старше). **Противопоказания:** Известная гиперчувствительность к любому ингредиенту продукта. Известная пролонгация интервала QT. Острый инфаркт миокарда. Некомпенсированная сердечная недостаточность. Лечение аритмии антиаритмическими препаратами I и III класса.

Сермион* (ницерголин) - показан для лечения острых и хронических церебральных метаболических и сосудистых нарушений, в том числе вследствие сосудистой деменции и хронических периферических метаболических и сосудистых нарушений. При сосудистой деменции показано применение 30 мг 2 раза в сутки (при этом каждые 6 месяцев рекомендуется консультироваться с врачом). **Противопоказания:** недавно перенесенный инфаркт миокарда, острое кровотечение, выраженная брадикардия, нарушение ортостатической регуляции, повышенная чувствительность к ницерголину или другим компонентам препарата.

Лирика* (прегабалин) — первое лекарственное средство для лечения центральной и периферической нейропатической боли у взрослых, так же у **Лирики** есть зарегистрированные показания в качестве дополнительной терапии парциальных эпилептических приступов у взрослых, с или без вторичной генерализации и для лечения генерализованного тревожного расстройства у взрослых. Нейропатическая боль: лечение прегабалином

можно начинать с дозы 150 мг в сутки. Основываясь на эффективности и переносимости у конкретного пациента, доза может быть увеличена до 300 мг в сутки через 3-7 дней и, при необходимости, до максимальной дозы 600 мг в сутки еще через 7 дней. Эпилепсия: лечение прегабалином можно начинать с дозы 150 мг в сутки. Основываясь на эффективности и переносимости у конкретного пациента, доза может быть увеличена до 300 мг в сутки через 1 неделю. Еще через неделю доза может быть увеличена до максимальной дозы 600 мг в сутки. Генерализованные тревожные расстройства: диапазон доз составляет от 150 до 600 мг в день, которые принимаются в два или три приема. Необходимо регулярно оценивать потребность в продолжение лечения. Лечение прегабалином надо начинать с дозы 150 мг в день. Основываясь на ответной реакции у конкретного пациента и переносимости, доза может быть увеличена до 300 мг в день через 1 неделю. Еще через неделю доза может быть увеличена до 450 мг в день. Максимальная доза 600 мг в день может быть достигнута еще через одну неделю. Фибромиалгия: рекомендованная доза прегабалина от 300 до 450 мг в сутки. Лечение прегабалином надо начинать с дозы 75 мг два раза в день (всего 150 мг в день). Основываясь на ответной реакции у конкретного пациента и переносимости, доза может быть увеличена до 300 мг в день через 1 неделю. У пациентов, у которых доза в 300 мг в день недостаточно эффективна, доза может быть увеличена до 225 мг два раза в день (всего 450 мг в день). В исследованиях, в которых изучалось применение дозы 600 мг в день, не было продемонстрировано дополнительной терапевтической эффективности или ухудшения переносимости препарата. **Противопоказания:** гиперчувствительность к активному ингредиенту или к любому из вспомогательных веществ. Более подробная информация в инструкции по применению, перед применением проконсультируйтесь с врачом.

Представительство корпорации
«PFIZER H.C.P. CORPORATION» (США)
220114, Минск, пр. Независимости 169, офис 902
Тел. 218 14 80; 218 14 82; 218 13 68. Факс 218 14 81
e-mail: belarus@pfizer.by

Компания «Les Laboratoires Servier» была создана в 1954 году как научно-исследовательская лаборатория с девятью сотрудниками, во главе с врачом и фармацевтом доктором Жаком Сервье. Сегодня компания представлена более чем в 140 странах мира, со штатом более 20 тысяч человек. В разработку препаратов и проведение исследований компания вкладывает огромные силы и средства – в этой сфере работают 3000 человек, а сумма инвестиций в науку ежегодно составляет четверть оборота компании.

Основные направления исследований компании – кардиология, эндокринология, психиатрия как главные проблемы здравоохранения в мире.

ПАРТНЕРСТВО КОМПАНИИ «SERVIER» В ПСИХИАТРИИ

Научно-исследовательская деятельность

Проведение научных исследований в ведущих центрах мира. Разработка новых лекарственных средств для терапии заболеваний центральной нервной системы.

Сотрудничество с Всемирной психиатрической организацией

Учрежденная Servier премия Jean Delay вручается за наиболее выдающиеся работы в области психиатрии. Servier – спонсор WPA бюллетеня по депрессии.

Образовательная и информационная деятельность

Журнал «Dialogues in neuroscience» издается Servier для ведущих специалистов в области психиатрии и неврологии.

ПРЕПАРАТЫ КОМПАНИИ «SERVIER» В ПСИХИАТРИИ

Коаксил – антидепрессант с уникальным механизмом действия. За счет восстановления нарушенной при депрессии нейропластичности.¹ Коаксил оказывает выраженный антидепрессивный эффект и противотревожное действие, не вызывая при этом седации². Коаксил входит в перечень основных лекарственных средств.

В ноябре 2008 года Европейская комиссия одобрила регистрацию препарата **агомелатин, первого мелатонинергического антидепрессанта для лечения депрессии.**

Агомелатин - это первый антидепрессант, который является одновременно агонистом MT1 и MT2 мелатонновых рецепторов и 5-HT2c антагонистом. За счёт этого агомелатин ресинхронизирует циркадные ритмы, нарушенные у пациентов с депрессией, и оказывает мощный антидепрессивный эффект³.

За дополнительной информацией обращайтесь:

ул. Мясникова, 70, комн. 303
220030 г. Минск, Республика Беларусь
Тел: +375 17 306 54 55 / +375 17 306 54 56
Факс: +375 17 306 54 50

¹ Watanabe Y., Gould E., McEwen B.C. Tianeptine attenuates stress-induced morphological changes in the hippocampus. Eur.J. Pharmacol. 1992; 222:157-162.

² Kasper S., Olie J.P., // Eur Psychiatrist.2002. Vol. 17 (suppl 3). P.331-340

³ Lemoine P, Guilleminault C, Alvarez E. J Clin Psychiatry. 2007;68:1723-1732.

Психиатрическое портфолио компании:

- Рисполепт КОНСТА™ – атипичный инъекционный антипсихотик пролонгированного действия
Рег.уд. №7192/05/09 от 31.01.2005
 - Вивитрол® - лечение алкогольной зависимости
Рег.уд. №8984/09 от 30.06.2009
 - Топамакс® - лечение эпилепсии и профилактика приступов мигрени у взрослых
Рег.уд. №7044/04/09 от 04.09.2009
 - Инвега® - антипсихотик нового поколения пролонгированного действия
Рег.уд. №8553/08 от 25.02.2008
 - Концерта™ - психостимулятор пролонгированного действия для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности
Рег.уд. №8999/09 от 30.06.2009
 - Иксел® - антидепрессант группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналаина
-

**Представительство АО International HealthCare Consulting AG
(Швейцарская Конфедерация) в Республике Беларусь**

офис 3Н-А, ул. Пулихова, 45
220088, г.Минск, Республика Беларусь
тел.: +375 17 334 89 75(61)
факс: +375 17 334 92 59

Санофи-Авентис – один из мировых лидеров фармацевтической индустрии, **№ 1 в Европе и в странах BRIC-M** (Бразилия, Россия, Индия, Китай и Мексика). **27 568 миллиардов евро** – консолидированный объем продаж в 2008 году.

Санофи Пастер, подразделение вакцин Группы Санофи-Авентис, является мировым лидером в производстве и продаже вакцин для человека.

Санофи-Авентис присутствует на белорусском рынке с 1993 года. В настоящее время компания предлагает обширный портфель современных инновационных препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, тромбозов, онкологических заболеваний, внутренних болезней, заболеваний ЦНС, метаболических нарушений и сахарного диабета. Среди них лидеры международных продаж с ежегодным объемом не менее миллиарда евро, такие как: **Депакин**, Клексан, Плавикс, Лантус, Тритаце.

Основой продаж безрецептурных препаратов в Республике Беларусь являются Но-шпа, Эссенциале, Магне В₆, Маалокс, Фестал.

25 сентября 2008 года в Республике Беларусь зарегистрирован атипичный нейролептик производства компании Санофи-Авентис – лекарственное средство **СОЛИАН®** (амисульприд).

СОЛИАН® применяется при острой и хронической шизофрении, сопровождающейся выраженными продуктивными (например: бред, галлюцинации, расстройства мышления) и/или негативными (например, аффективная уплощённость, отсутствие эмоциональности и уход от общения) расстройствами (в т. ч. у пациентов с преобладанием негативной симптоматики).

СОЛИАН® назначается для лечения шизофрении во Франции с 1986 г., и к 2000 г. опыт его применения во Франции насчитывал в общей сложности 170 млн. лечебных дней.

Наиболее важными отличительными характеристиками **СОЛИАНа®** от существующих в Республике Беларусь атипичных нейролептиков является выраженное воздействие препарата на негативную симптоматику и низкий риск развития экстрапирамидных побочных эффектов у пациентов с шизофренией. Негативные симптомы могут стать доминирующим проявлением заболевания после редукции позитивных симптомов и вместе с экстрапирамидными нарушениями могут привести к утрате социальной адаптации и профессиональной трудоспособности.

СОЛИАН® занимает одно из лидирующих мест среди атипичных нейролептиков нового поколения для применения в психиатрической практике многих стран мира, включая соседние с нами страны.

220004, г. Минск, Республика Беларусь, ул. Димитрова, 5, офис 5/2
Тел: (375) 17 203 33 11 – Факс: (375) 17 203 25 24

www.sanofi-aventis.com