

ИЗДАНИЕ
Российского общества психиатров,
Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РФ

СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ТОМ 17
Выпуск 3

Главный редактор И. Я. ГУРОВИЧ

Редакционная коллегия:

Х. ВАН ЭНГЕЛАНД (Нидерланды), А. Г. ГОФМАН,
В. П. КОТОВ, В. Н. КРАСНОВ (зам. главного редактора),
Т. С. МЕЛЬНИКОВА, Б. К. М. РААС (Нидерланды), О. Д. СОСЮКАЛО, М. Г. УЗБЕКОВ,
А. Б. ХОЛМОГорова, А. Б. ШМУКЛЕР (ответственный секретарь)

Редакционный совет:

О. П. ВЕРТОГРАДОВА (Москва), Р. Н. ВИНОГРАДОВА (Тверь),
С. И. ГАВРИЛОВА (Москва), В. Н. КОЗЫРЕВ (Москва),
Н. Д. ЛАКОСИНА (Москва), Е. Б. ЛЮБОВ (Москва),
В. В. МАКАРОВ (Москва), С. Н. МОСОЛОВ (Москва),
Б. Н. ПИВЕНЬ (Барнаул), Ю. И. ПОЛИЩУК (Москва),
В. Я. СЕМКЕ (Томск), И. И. СЕРГЕЕВ (Москва),
Л. К. ХОХЛОВ (Ярославль), С. Ю. ЦИРКИН (Москва),
Л. К. ШАЙДУКОВА (Казань), Ю. С. ШЕВЧЕНКО (Москва),
В. М. ШКЛОВСКИЙ (Москва), В. С. ЯСТРЕБОВ (Москва),
К. К. ЯХИН (Казань)

Секретарь Я. А. СТОРОЖАКОВА
Зав. редакцией Л. И. САЛЬНИКОВА

Москва, 2007

THE JOURNAL
of the Russian Society of Psychiatrists,
Moscow Research Institute of Psychiatry of the Russian Federation

SOCIAL AND CLINICAL PSYCHIATRY

VOLUME 17

Number 3

Editor-in-Chief — I. Ya. GUROVICH

Editorial Board:

H. VAN ENGELAND (the Netherlands), A. G. GOFMAN,
V. P. KOTOV, V. N. KRASNOV (deputy editor-in-chief),
T. S. MELNIKOVA, B. C. M. RAES (the Netherlands), O. D. SOSJUKALO, M. G. UZBEKOV,
A. B. KHOLMOGOROVA, A. B. SHMUKLER (executive secretary)

Editorial Council:

O. P. VERTOGRADOVA (Moscow), R. N. VINOGRADOVA (Tver),
S. I. GAVRILOVA (Moscow), V. N. KOZYREV (Moscow),
N. D. LAKOSINA (Moscow), E.B. LYUBOV (Moscow),
V. V. MAKAROV (Moscow), S. N. MOSOLOV (Moscow),
B. N. PIVEN (Barnaul), Yu. I. POLISCHUK (Moscow),
V. Ya. SEMKE (Tomsk), I. I. SERGEYEV (Moscow),
L. K. KHOKHLOV (Yaroslavl), S. Yu. TSIRKIN (Moscow),
L. K. SHAIUKOVA (Kazan), J. S. SHEVCHENKO (Moscow),
V. M. SHKLOVSKY (Moscow), V. S. YASTREBOV (Moscow),
K. K. YAKHIN (Kazan)

Secretary Ya. A. STOROZHAKOVA
Office manager L. I. SALNIKOVA

Moscow, 2007

СОДЕРЖАНИЕ

Папсуев О.О., Шевченко В.А., Семенчук Л.И., Суслов С.Е. Клинико-социальные характеристики больных-инвалидов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра	5
Шендеров К.В., Шевченко В.А., Загиев В.В., Винидиктова Г.И., Шмуклер А.Б. Контингент и задачи по психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих помощь в условиях дневного стационара	10
Семенова Н.Б., Манчук В.Т. Характеристика эмоциональной сферы подростков коренного населения Республики Тыва	15
Фастовцов Г.А., Резник А.М., Савина О.Ф., Василевский В.Г. Клинико-психопатологические предпосылки криминальной агрессии у ветеранов локальных войн	20
Соколова Е.Т., Баранская Л.Т. Клинико-психологические основания эффективности эстетической хирургии	26
Ситчихин П.В., Безнос С.А. Опыт эффективности управления службой социальной реабилитации психиатрической больницы	34

Работы конкурса молодых ученых, занявшие призовые места на XIV съезде психиатров России

Ахметова В.В., Злова Т.П. Прогностическое значение нейроиммунных показателей при экологообусловленных когнитивных нарушениях у детей в процессе реабилитации	38
Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией	43
Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания	48

ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Перайя Д.Г., Джилаберте И., Вонг Ф., Вильц К.Г., Хакинс С.А., Клеменс Дж.В., Монтгомери С.А., Монтехо А.Л., Детке М.Дж. Дулоксетин (симбалта) в профилактике рецидива большого депрессивного расстройства	56
Дратку Л., Олову П., Хорамн М., Константинови Ч. Использование арипипразола в лечении обострения шизофрении у пациентов мужского пола в условиях городского стационара: эффективность, целесообразность и риск	61
Мюллер М., Регенбоген Б., Саш Ж., Эйк Ф., Харттер С., Хьёмке К. Гендерные аспекты в терапии стационарных пациентов с шизофренией амисульпридом: терапевтическое исследование с регистрацией побочных эффектов лекарственных средств	66

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Сообщения о лечении деменций акатинолом мемантином в геронтопсихиатрической практике	72
--	----

ДИСКУССИИ

Сидоров П.И., Новикова И.А. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний	76
Тукаев Р.Д., Антипова О.С. Вариабельность сердечного ритма в исследованиях гипноза и гипнотерапии: возможности и перспективы научного и клинического использования	82

ОБЗОРЫ

Саркисян Г.Р. Нейровизуализация в психиатрии: возможности использования при шизофрении	89
Шайдукова Л.К. Проблемы алкоголизма у супругов	96

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

ЩигOLEV И.И., Муравьев А.И. Развитие психиатрии на Брянщине (к 50-летию Брянской областной психиатрической больницы № 1)	102
---	-----

ИНФОРМАЦИЯ

Поташева А.П., Сердюк О.В., Любов Е.Б. Биопсихосоциальный подход: успехи и проблемы (по материалам 31-ого заседания Урало-Тюменской ассоциации психиатрических и наркологических учреждений. Екатеринбург, апрель 2007 г.)	105
Любов Е.Б., Попова Е.А. О семинаре EUFAMI	107
Отчет о деятельности общественной организации «Российское общество психиатров» за 2006 год	108

ЮБИЛЕИ

Гурович Исаак Яковлевич	110
Шевченко Юрий Степанович	112

CONTENTS

Papsuyev O.O., Shevchenko V.A., Semenchuk L.I., Souslov S.E. Clinical and social characteristics of patients with disability due to schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders	5
Shenderov K.V., Shevchenko V.A., Zaghiyev V.V., Vinidiktova G.I., Shmukler A.B. Characteristics of patients with schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders treated in a day hospital and tasks of psychosocial therapy	10
Semyonova N.B., Manchouk V.T. Emotional characteristics of adolescents belonging to native population of the Touva Republic	15
Fastovtsov G.A., Reznik A.M., Savina O.F., Vasilevsky V.G. Clinical-psychopathological prerequisites of criminal violence in veterans of local wars	20
Sokolova E.T., Baranskaya L.T. Clinical and psychological grounds for the effectiveness of aesthetic surgery	26
Sitchikhin P.V., Beznos S.A. Management efficacy in a social rehabilitation service of a psychiatric hospital: contribution of the long-term prognosis of social processes	34

Young psychiatrists awards of the XIV Congress of Russian Psychiatrists

Akhmetova V.V., Zlova T.P. Predictive value of neuroimmunological parameters in ecologically-related cognitive disorders in children in the course of rehabilitation	38
Yerichev A.N. Role of psychoeducation in rehabilitation of schizophrenic patients	43
Movina L.G. Using a complex therapeutic intervention program in patients with schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders at initial stages of the disorder	48

TREATMENT OF MENTAL DISORDERS

Perahia D.G., Gilaberte I., Wang F., Wiltse C.G., Huckins S.A., Clemens J.W., Montgomery S.A., Montejo A.I., Detke M.J. Duloxetine in the prevention of relapse of major depressive disorder: Double-blind placebo-controlled study	56
Dratcu L., Olowu P., Hawramy M., Konstantinidou Ch. Aripiprazole in the acute treatment of male patients with schizophrenia: effectiveness, acceptability, and risks in the inner-city hospital setting	61
Muller M.J., Regenbogen B., Sache J., Eich F.X., Hartter S., Hiemke C. Gender aspects in the clinical treatment of schizophrenic inpatients with amisulpride: a therapeutic drug monitoring study	66

CURRENT THERAPEUTIC EXPERIENCE

Reports concerning using Akatinol Memantine in the treatment of dementia in geriatric psychiatric practice	72
--	----

DISCUSSION

Sidorov P.I., Novikova I.A. Synergetic concept of psychosomatic disorders development	76
Toukaev R.D., Antipova O.S. Variability of cardiac rhythm in investigations of hypnosis and hypnotherapy: possibilities and perspectives for scientific and clinical purposes	82

REVIEWS

Sarkisyan G.R. Brain imaging in psychiatry: schizophrenia	89
Shaidoukova L.K. Alcoholism in married couples	96

HISTORY OF PSYCHIATRY

Schigolev I.I., Mouravyov A.I. Development of psychiatry in the Bryansk region (50 th anniversary of the Bryansk Regional Psychiatric Hospital No. 1)	102
---	-----

INFORMATION

Potashева A.P., Serdyuk O.V., Lyubov E.B. Biopsychosocial approach in the Sverdlovsk region: achievements and initial problems (based on materials of the 31 st Meeting of the Urals-Tyumen Association of Psychiatric and Narcological Facilities. Ekaterinbourg, April 2007)	105
Lyubov E.B., Popova E.A. The EUFAMI Seminar	107
Report on the activities of the Russian Society of Psychiatrists in 2006	108

ANNIVERSARIES

Isaak Ya. Gurovich	110
Yury S. Shevchenko	112

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ-ИНВАЛИДОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

О. О. Папсуев, В. А. Шевченко, Л. И. Семенчук, С. Е. Суслов

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Отечественная психиатрия традиционно уделяла значительное внимание социальным аспектам оказания психиатрической помощи (3, 8, 11). Однако особую актуальность эта проблема приобрела в последние годы. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация признается одним из важнейших направлений современной психиатрии и является обязательным компонентом комплексного лечения психических расстройств (4, 6, 15).

Данный подход является значимым в отношении больных, имеющих инвалидность вследствие психического заболевания. Их количество в Российской Федерации составляет более 900 тысяч человек (5). Как правило, эти пациенты, имея низкий уровень социального функционирования, сталкиваются с целым рядом проблем, которые они самостоятельно решить не в состоянии. Как следствие, увеличивается количество госпитализаций и помещений в дневной стационар по «социальным причинам» (12, 13). Инвалиды сталкиваются с большим числом социальных барьеров, делающих их положение в обществе дискриминационным, хотя часто это не прямая дискриминация, а возникающая вследствие неравных возможностей (6, 16, 17). Таким образом, на современном этапе перед психиатрией стоит задача расширения объема оказания психиатрической помощи, причем не только за счет внедрения ее новых форм внутри самой службы, но и привлечения других организаций, в частности, работающих в сфере социального обслуживания населения.

В 2005 году на базе отделения реабилитации и отделения дневного пребывания Комплексного центра социального обслуживания «Бибирево» города Москвы стартовал модуль по приему и обслуживанию жителей, имеющих инвалидность вследствие психических заболеваний.

С целью выявления нуждающихся в психосоциальной помощи и ее направленности с помощью специально разработанной карты невыборочным методом были изучены амбулаторные карты больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра старше 18 лет, проживающих в райо-

не Бибирево города Москвы и находившихся на конец 2005 года на диспансерном наблюдении в ПНД № 19. Изучались следующие характеристики: умение распределить бюджет, потребность в постороннем присмотре или уходе, наличие проблем в социальной сфере (уединенный образ жизни, конфликтные отношения с родственниками и соседями, юридические проблемы и др.), потребность в улучшении жилищных условий, материальное положение и нуждаемость в материальной поддержке. Частота обращений в ПНД, госпитализаций в психиатрические больницы и помещений в дневной стационар оценивалась за период с 2002 по 2004 год включительно.

На конец 2005 года под наблюдением ПНД находилось 5 744 жителей района Бибирево (3,8% населения), из них 1 269 человек (22,1% состоящих под наблюдением или 0,8% населения) страдали шизофренией или расстройствами шизофренического спектра (МКБ-10). Из них инвалидность вследствие психического заболевания имели 530 человек (41,8% всех больных с этими диагнозами), что близко к результатам, полученным в ряде других исследований (2, 7).

Средний возраст обследованного контингента составлял $50,6 \pm 14,8$ лет, при этом более половины пациентов оказались старше 50 лет. Количество женщин преобладало над мужчинами (55,1% и 44,9% соответственно, $p < 0,001$).

Большинство больных (около 70%) страдали параноидной шизофренией с эпизодическим или непрерывным течением (табл. 1). Длительность заболевания, как правило, была довольно значительной и в 2/3 случаев превышала 15 лет, дебютируя обычно (более половины наблюдений) в молодом (до 29 лет) возрасте. Давность оформления группы инвалидности также была довольно большой: почти 2/3 больных имели ее более 8 лет, а около половины из них получили инвалидность свыше 15 лет назад.

подавляющее большинство исследуемой популяции наблюдалось в условиях ПНД более 5 лет, причем около 60% пациентов обращались в ПНД ре-

гулярно: 5 и более раз в год (табл. 2). В то же время для значительной части больных были характерны крайне редкие обращения (1 раз в год) или они совсем не посещали ПНД.

Следует отметить, что большая часть изученного контингента получали помощь преимущественно амбулаторно. Около половины пациентов с 2002 по 2004 год ни разу не госпитализировались

Таблица 1

Клинические характеристики обследованных больных

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Диагноз		
Шизофрения		
параноидная, непрерывное течение	149	28,1
параноидная, эпизодическое течение	218	41,1
гебефреническая	2	0,4
кататоническая	3	0,6
Недифференцированная шизофрения	11	2,1
Постшизофреническая депрессия	2	0,4
Остаточная шизофрения	10	1,9
Простой тип шизофрении	4	0,8
Другой тип шизофрении	39	7,4
Шизофрения неуточненная	4	0,8
Шизотипическое расстройство	61	11,5
Хронические бредовые расстройства	3	0,6
Острые и преходящие психотические расстройства	1	0,2
Шизоаффективные расстройства	23	4,3
Возраст начала заболевания (лет)		
0–19	149	28,1
20–29	143	27,0
30–39	148	27,9
40–49	60	11,3
50–59	15	2,8
60 и старше	5	0,9
Нет данных	10	1,9
Длительность заболевания		
До 1 года	0	0
Свыше 1 года до 3 лет	7	1,3
Свыше 3 до 5 лет	17	3,2
Свыше 5 до 10 лет	59	11,1
Свыше 10 до 15 лет	87	16,4
Свыше 15 лет	353	66,6
Нет данных	7	1,3
Инвалидность		
I группа	15	2,8
II группа	485	91,5
III группа	30	5,7
Длительность инвалидности		
До 1 года	36	6,8
2–3 года	28	5,3
4–7 лет	111	20,9
8–14 лет	194	36,6
15 лет и более	147	27,7
Нет данных	14	2,6

в психиатрический стационар. Еще почти 20% госпитализировались лишь 1 раз за 3 года. То есть более 70% больных за указанный промежуток времени либо не госпитализировались, либо госпитализации носили эпизодический характер. Частые госпитализации отмечались лишь у отдельных пациентов.

В дневной стационар за 3 года помещались лишь 20% больных. Из них около половины получали лечение однократно и только 7,3% пользовались услугами дневного стационара часто, то есть 5 и более раз за 3 года. Схожие результаты обращаемости за стационарной помощью приводились И.Я.Гуровичем с соавт. в 1994 году (7) и Е.К.Гавриловой с соавт. в 2006 году (2).

Таблица 2

Обращаемость за психиатрической помощью

Показатель	Число пациентов	
	абс.	%
Длительность наблюдения в ПНД		
Первичное обращение	3	0,6
Свыше одного года	1	0,2
Свыше 1 до 3 лет	21	4,0
Свыше 3 до 5 лет	20	3,8
Свыше 5 лет	481	90,8
Нет данных	4	0,8
Частота обращений в ПНД в год		
0 раз	60	11,3
1 раз	33	6,2
2–4 раза	87	16,4
5 и более раз	317	59,8
Наблюдается менее 3-х лет	25	4,7
Нет данных	8	1,5
Причина обращения		
Не обращается	64	7,9
Получение рецепта	391	48,5
Лечение	261	32,4
Получение б/л	4	0,5
Социально-опасный	10	1,2
Прочее	66	8,2
Нет данных	10	1,2
Госпитализации в ПБ за 3 года		
0 раз	276	52,1
1 раз	97	18,3
2–4 раза	97	18,3
5 и более раз	32	6,0
Наблюдается менее 3-х лет	22	4,2
Нет данных	6	1,1
Частота помещений в дневной стационар за 3 года		
0 раз	394	74,3
1 раз	49	9,3
2–4 раза	53	10,0
5 и более раз	8	1,5
Наблюдается менее 3-х лет	21	4,0
Нет данных	5	0,9

Таблица 3

Социальные характеристики обследованных больных

Показатель	Число пациентов	
	абс.	%
Образование		
Не учился	1	0,2
Вспомогательная школа	11	2,1
Начальное образование	4	0,8
Неполное среднее образование	74	14,0
Среднее образование	109	20,6
Среднее специальное образование	166	31,3
Незаконченное высшее образование	29	5,5
Высшее образование	107	20,2
Нет данных	29	5,5
Специальность		
Не имеет	72	13,6
Учащийся	4	0,8
Неквалифицированный рабочий	42	7,9
Высококвалифицированный рабочий	163	30,8
Служащий	208	39,3
Деятель искусств	14	2,6
Нет данных	27	5,1
Трудовой статус		
Не работает	458	86,4
Безработный (биржа труда)	4	0,8
Учеба в общеобразовательном заведении	4	0,8
Работает периодически	38	7,2
Работает постоянно	25	4,7
Нет данных	1	0,2
Семейное положение		
Состоит в браке	146	27,6
Никогда не состоял в браке	197	37,2
Брак расторгнут	147	27,8
Вдовец (вдова)	34	6,4
Нет данных	6	1,1
С кем проживает		
Один	111	14,8
Родители	190	25,3
Жена (муж)	138	18,4
Дети	174	23,2
Другие родственники	133	17,7
Нет данных	4	0,5
Материальное положение		
Высокий материальный достаток	1	0,2
Средств хватает на полноценное питание, хорошую одежду, отдых	19	3,6
Возможность иногда покупать одежду	374	70,6
Средств хватает только на питание	116	21,9
Бедственное	13	2,4
Нет данных	7	1,3
Материальная поддержка		
Не получает	112	21,1
Получает в недостаточном объеме, от случая к случаю	135	25,5
Получает регулярно	240	45,3
В таковой не нуждается	15	2,8
Нет данных	28	5,3

Изучение социальных характеристик (табл. 3) выявило достаточно высокий образовательный уровень обследованных больных: около 60% имели высшее, незаконченное высшее или среднее специальное образование. При этом работали (постоянно или эпизодически) только 11,9% больных, хотя, по данным медицинской документации ПНД № 19 и филиала № 52 Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭК), 20,9% пациентов выражали желание трудоустроиться.

Были замужем или женаты лишь несколько более 1/4 больных (рис. 1), а около 40% никогда не состояли в браке. Соответственно, с собственными семьями проживали только 26% пациентов, а с родителями и другими родственниками – более половины больных (52,3%), 20,9% жили одни, из них 1/5 часть (2,5% всей выборки) родственников не имели. В исследовании, проведенном в 1993 году (7), были получены аналогичные цифры. Эти результаты значительно отличаются от данных переписи населения 2002 года (12) – в общей популяции показатели были лучше по всем позициям.

Более 1/4 пациентов нуждались в посторонней помощи в ведении домашнего хозяйства. Эту помощь оказывали либо родственники (84,3%), либо опекуны, друзья, соседи (15,0%). 15,7% больных нуждались в поддержке, однако ее не получали. 37,5% пациентов не имели достаточных навыков рационального распределения бюджета. Им помогали родственники вплоть до того, что совсем не доверяли им денежных средств (7,7%). 8,3% распоряжались денежными средствами крайне нерационально.

Более 1/3 больных в повседневной жизни были пассивны, безинициативны, большую часть дня ничем не заняты. Значительная часть пациентов полностью утратили свою социальную позицию, являясь безразличными (20,9%), зависимыми (24,2%) или находясь в подчинительных отношениях (22,3%).

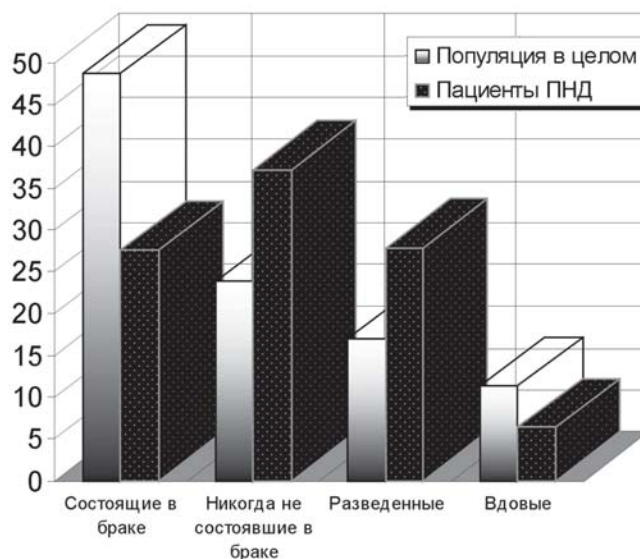


Рис. 1. Семейный статус обследованных больных

Навыки ведения домашнего хозяйства

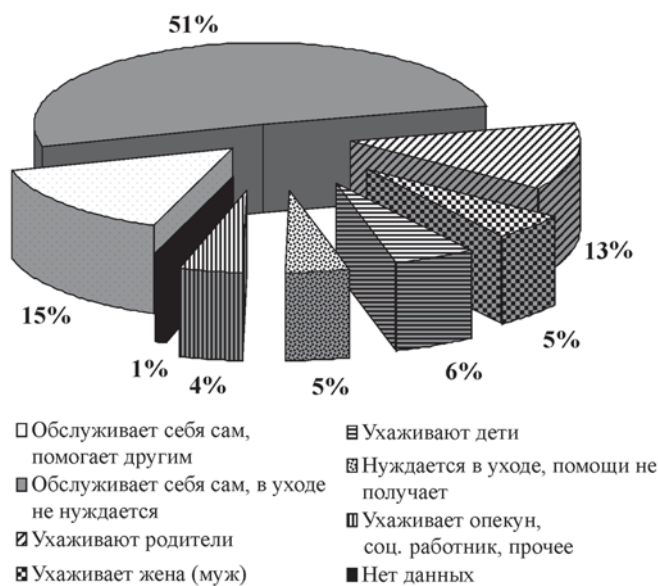


Рис. 2. Навыки ведения домашнего хозяйства

У 23,4% больных имелись нерешенные проблемы в социальной сфере, а для 4,3% пациентов (23 чел.) было необходимо юридическое консультирование. Ряд пациентов (18,7%) не имели отдельной комнаты, жили в коммунальной квартире и нуждались в улучшении жилищных условий.

1/5 часть обследованных не получали никакой материальной поддержки, 1/4 – получали ее в недостаточном количестве, от случая к случаю. При этом тяжелое и очень тяжелое материальное положение (средств хватало только на питание) отмечалось у 24,3% больных, что помимо низкой пенсии можно объяснить утратой социальных навыков и отсутствием материальной поддержки.

Таким образом, в обследованной популяции значительную часть составляли пациенты предпенсионного и пенсионного возраста со всеми социальными проблемами, характерными для этой категории лиц.

Преобладали пациенты, страдающие параноидной формой шизофрении в течение длительного периода времени. В основном, лечение они получали в амбулаторных условиях, а госпитализации носили эпизодический характер. Длительность инвалидности для большинства из них была довольно значительной (в 60% случаев – более 8 лет).

При относительно высоком уровне образования количество трудоустроенных не превышало 12%. Высокие цифры неработающих можно отчасти объяснить трудностями трудоустройства на обычном производстве и недостаточной развитостью форм защищенного трудоустройства (трудоустройства с поддержкой) (9, 10, 14). Кроме того, привлекают к себе внимание такие социальные проблемы, как неумение вести домашнее хозяйство, и, как следствие, потребность в постороннем уходе, трудности с планированием и распределением бюджета, бедность социальных контактов. Высокий уровень неустойчивости брачных отношений требует проведения семейной терапии и тренинга коммуникативных навыков.

Таким образом, в результате исследования, выявлен ряд потребностей, часть из которых возможно удовлетворить, используя ресурсы Центра социального обслуживания (ЦСО). Привлечение пациентов к групповым занятиям в рамках психосоциальной терапии преследует цели развития навыков социального функционирования, ведения хозяйства, распределения бюджета, расширения социальной сети. В отделении дневного пребывания ЦСО организуется досуг подопечных, наряду с ежедневными мероприятиями, работают различные секции и клубы, выдаются льготные билеты в театры. В отделении срочной социальной помощи нуждающимся оказывается материальная поддержка (продуктовые наборы, выдается одежда, льготные талоны на бытовые услуги, юридическое консультирование). Таким образом, использование ЦСО позволяет улучшить объем и качество помощи психически больным с опорой на другие (кроме психиатрической службы) ресурсы сообщества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всероссийская перепись населения 2002 года, www.perepis2002.ru
2. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В., Шмуклер А.Б. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их социальной терапии и реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 4. – С. 10–14.
3. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении // Современные проблемы шизофрении. – М.-Л., 1933.
4. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 12–17.
5. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России. – М., 2000. – 505 с.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 491 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная

- и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4, № 4. – С. 38–45.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1985. – 231 с.
9. Ландышев М.А., Кольцов А.П. Опыт выполнения пилотной программы по общественной реабилитации в психиатрии // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». – 2004. – С. 70–71.
10. Лиманкин О.В. Система комплексной психосоциальной помощи психически больным с длительными сроками госпитализаций // Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». – 2006. – С. 88–89.
11. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. – М., 1963.
12. Постановление Правительства Москвы от 14.05.2002 N 348-ПП.
13. Постановление Правительства Москвы от 22.02.2005 N 93-ПП.
14. Уткин А.А. Психосоциальная психиатрия и психосоциальная реабилитация в Омской области // Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». – 2006. – С. 108–110.

15. Фукс Д. Возрастающая роль социальной работы и ее влияние на прогрессивные перемены в системе психиатрической помощи в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 24–29.
16. Enns H., Neufeldt A.H. (Eds.). In pursuit of equal participation.

Canada and disability at home and abroad. – Captus Press Inc., 2003. – 406 p.

17. Neufeldt A.H., Albright A.L. (Eds.). Disability and self-directed employment. Business development models. – Captus Press Inc., 1998. – 348 p.

CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DISABILITY DUE TO SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA-SPECTRUM DISORDERS

O. O. Papsuyev, V. A. Shevchenko, L. I. Semenchuk, S. E. Souslov

In order to detect persons that needed (specific) psychosocial care, a group of investigators, using an original checklist, studied the outpatient care files of patients with schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders. It was a random sample. The patients were older than 18 years of age; they resided in district “Bibirevo” and were on dispensary observation in the Psychoneurological Dispensary No. 19 (city of Moscow) at the end 2005. The investigators studied the following characteristics: budget planning skills, need in external help and care, having problems in social sphere (secluded lifestyle, conflicts with family members and neighbours, legal problems etc.), bad housing conditions, poor material circumstances and need material support. They also evaluated the number of visits to the dispensary,

hospitalizations to psychiatric hospitals and staying in day hospital in the period 2002–2004.

As a result, they found a number of needs, which partially could be met using the resources of the Social Service Center (SSC). Involving patients into group sessions is aimed at development of their social skills, skills of running household, planning budget and expanding their social nets. The day center organizes both everyday and leisure activities; it has various clubs and interest groups and provides also “social” tickets to theaters. Patients in need can get material support (food and clothes, service vouchers) and juridical consultations in the unit of urgent social care. Thus SSC contributes to providing better care for mental patients using the resources of the community.

КОНТИНГЕНТ И ЗАДАЧИ ПО ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

К. В. Шендеров, В. А. Шевченко, В. В. Загиев,
Г. И. Винидиктова, А. Б. Шмуклер

Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии Росздрава, Московский психоневрологический диспансер № 14

В настоящее время в отечественной психиатрии сохраняется тенденция к сдвигу акцента оказания психиатрической помощи во внебольничные условия, что соответствует мировой практике лечения психически больных (2, 3, 7, 10, 15, 16). В частности, количество психиатрических коек в Российской Федерации за последние 15 лет сократилось почти на 20% (3). В этих условиях возрастает значение внебольничной психиатрии, в частности дневных стационаров (3). Это ставит перед последними ряд требований, связанных с объемом и качеством предоставляемой помощи, в том числе требует широкого внедрения методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации психически больных (2, 5, 25).

С учетом данных тенденций возникает необходимость детального анализа контингента больных дневных стационаров с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особенностей их социального статуса, функционирования и качества жизни (1, 14, 19). Это позволит оценить объем и содержание необходимых психосоциальных вмешательств, выделить целевые группы больных, нуждающихся в них на данном этапе оказания помощи и наметить перспективы на будущее.

С этой целью был проведен анализ поступлений в дневной стационар психоневрологического диспансера (ПНД) № 14 города Москвы за 2001–2005 годы. Полученные данные продемонстрировали устойчивость основных показателей. Так, наибольшая доля в структуре поступлений в дневной стационар (ДС) приходилась на пациентов с диагнозом шизофрения и расстройства шизофренического спектра (65,6%). Эта категория больных подверглась более детальной оценке: невыборочным методом с помощью специально разработанного опросника

были изучены амбулаторные карты и истории болезни всех пациентов дневного стационара, поступавших с этими диагнозами в дневной стационар ПНД №14 Департамента здравоохранения города Москвы в 2005 году.

Данная группа составила 145 человек (69 муж., 76 жен.), средний возраст – $44,10 \pm 12,86$ лет, то есть в выборке преобладали пациенты среднего (трудоспособного) возраста.

Как видно из табл. 1, у большинства пациентов (80,7%) была диагностирована параноидная шизофрения с эпизодическим (60,7%) или непрерывным течением (20,0%). Длительность заболевания в преобладающем числе случаев была весьма значительной и более чем у половины больных составляла свыше 15 лет. В то же время у части больных (13,8%) длительность заболевания не превышала 5 лет.

Инвалидность по психическому расстройству имело большинство (более 70%) больных, из них почти половина – в течение значительного периода времени (47,6% – более 7 лет, в том числе 14,6% – 15 лет и более).

Подавляющее большинство больных (почти 80%) за исследуемые 5 лет ни разу не госпитализировались в психиатрические больницы (ПБ) (табл. 2). В то же время число пациентов с частыми (5 и более за 5 лет) поступлениями в психиатрический стационар было относительно невелико (12 чел., 8,3%). Наоборот, для значительной части пациентов (более 40%) были характерны частые поступления в ДС (различия значимы, $p < 0,001$) по сравнению с количеством часто госпитализируемых больных, в том числе выделялись 16% больных, поступавших 10 и более раз.

Таблица 1

Клинические характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, поступавших в дневной стационар в 2005 году

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Диагноз		
Шизофрения, в том числе	125	86,2
параноидная непрерывное течение	29	20,0
параноидная эпизодическое течение	88	60,7
недифференцированная	5	3,4
постшизофреническая депрессия	1	0,7
простой тип	1	0,7
детский тип	1	0,7
Шизотипическое расстройство	16	11,0
Шизоаффективное расстройство, в том числе	4	2,8
маниакальный тип	2	1,4
смешанный тип	2	1,4
Длительность заболевания		
до 1 года	2	1,4
1–3 года	7	4,8
4–5 лет	11	7,6
6–10 лет	18	12,4
11–15 лет	29	20,0
Свыше 15 лет	78	53,8
Длительность наблюдения в ПНД		
первичное обращение	1	0,7
до 1 года	9	6,2
1–3 года	13	9,0
4–5 лет	9	6,2
свыше 5 лет	113	77,9
Инвалидность	106	73,1
по психическому заболеванию	103	71,0
2 группа	96	66,2
3 группа	7	4,8
по соматическому заболеванию		
2 группа	1	0,7
3 группа	2	1,4
Длительность инвалидности по психическому заболеванию		
до 2 лет	11	10,7
2–3 года	13	12,6
4–7 лет	30	29,1
8–14 лет	34	33,0
15 лет и более	15	14,6

Около 2/3 госпитализировавшихся больных находились в стационаре непродолжительное время (не более 4 мес. за 5 лет), хотя почти для 30% срок лечения в больнице превышал 6 мес. (табл. 2). В противоположность этому, минимальная длительность лечения в ДС за 5 лет (4 мес. и менее) отмечалась только у 41,4% больных ($p < 0,001$) при большей (по сравнению с больными, лечившимися в стационаре) доле пациентов, получавших лечение свыше 6 мес. (43,4%; $p < 0,05$).

Таблица 2

Лечение пациентов в дневном стационаре и психиатрической больнице (2001–2005 гг.)

Показатель	Число больных (суммарно за 5 лет)	
	абс.	%
Поступления в дневной стационар		
1–2 раза	57	39,3
3–4 раза	28	19,3
5–9 раз	37	25,5
10 и более раз	23	15,9
Поступления в больницу		
не госпитализировались	68	46,9
1–2 раза	46	31,7
3–4 раза	19	13,1
5 и более раз	12	8,3
Общая продолжительность пребывания в дневном стационаре		
до 2 мес.	29	20,0
2–4 мес.	31	21,4
5–6 мес.	22	15,2
7–12 мес.	28	19,3
свыше 12 мес.	35	24,1
Общая продолжительность пребывания в больнице		
не госпитализировались	68	46,9
до 2 мес.	27	18,6
2–4 мес.	21	14,5
5–6 мес.	7	4,8
7–12 мес.	13	9,0
свыше 12 мес.	9	6,2

Анализ причин поступлений в дневной стационар показал, что лишь несколько более половины из них (52,9%) были связаны с обострением симптоматики, необходимостью долечивания или подбора схемы терапии, требующей ежедневного наблюдения за пациентом. Остальные поступления были обусловлены организационными причинами (необходимость оформления или продления инвалидности, отсутствие рекомендованных для поддерживающей терапии препаратов в амбулаторных условиях при наличии их в дневном стационаре и др.) – 13,7%; социальными причинами (возможность сэкономить средства, расширить круг общения и др.) – 16,1%; и с рядом клинических особенностей заболевания, не связанных с обострением (например, стереотипизация жизненного уклада, в том числе стереотипные поступления в дневной стационар) (4). В связи с последней причиной было осуществлено 17,25% поступлений. Обращала на себя внимание низкая комплаентность больных: нерегулярный прием поддерживающей психофармакотерапии в амбулаторных условиях был характерен для 49,0% пациентов (71 чел.), что соответствует данным литературы (10, 26, 32, 37); отказ от таковой – у 4,1% (6 чел.).

Следует отметить, что при направлении в дневной стационар практически не учитывалась необходимость психосоциальных и реабилитационных мероприятий для того или иного пациента. Между тем, потребность в таковых чрезвычайно велика, на что дополнительно указывают следующие особен-

ности социального статуса и функционирования пациентов (табл. 3).

Подавляющее большинство пациентов (75,2%) имели специальное образование: среднее специальное, высшее или незаконченное высшее (табл. 3), трудовой стаж 10 лет и более – более половины больных. В то же время, работали или учились на момент обследования лишь менее пятой части изученного контингента. При этом, хотя среди трудо-

Таблица 3

Показатели социально-трудового статуса пациентов

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Образование		
неполное среднее	9	6,2
среднее	23	15,9
среднее специальное	47	32,4
незаконченное высшее	5	3,4
высшее	57	39,3
студенты ВУЗов	3	2,1
студенты средних специальных учебных заведений	1	0,7
Трудовой стаж		
никогда не работали	11	7,6
1–4 года	24	16,5
5–9 лет	25	17,2
10–19 лет	32	22,1
20 лет и более	49	33,8
Студенты	4	2,8
Трудовой статус на момент обследования		
работали (учились)	21	14,5
не работали, не имея пенсии и группы инвалидности	12	8,3
инвалид	106	73,1
пенсионер	6	4,1
Характеристика трудовой деятельности работающих пациентов	21	100
работа по специальности без снижения квалификации	13	61,9
работа по специальности со снижением квалификации	6	28,6
инвалиды 3 группы по психическому заболеванию	1	4,8
пенсионер по возрасту	1	4,8
смена профессии со снижением уровня квалификации	2	9,5
инвалиды 3 группы по психическому заболеванию	1	4,8
пенсионер по возрасту	1	4,8
Число смен мест работы за последние 5 лет		
1 раз	7	4,8
2 раза	6	4,1
3 раза	3	2,1
4 раза	3	2,1
5 и более раз	1	0,7
Не меняли и работали на момент исследования	13	9,0

устроенных пациентов большинство (61,9%) работали по специальности без снижения квалификации, значительная часть из них все же была вынуждена перейти на работу со снижением квалификации, причем десятая часть всей выборки сменили специальность, а 28,6% выполняли низкоквалифицированную работу; 8,3% пациентов, находясь в трудоспособном возрасте, были безработными, не имея группы инвалидности. Также выделялась группа больных (9,0%) с частой сменой мест работы (2 и более за 5 лет) и соответственно с высоким риском инвалидизации: среди них на момент исследования работали лишь менее трети, уже имели инвалидность – 53,9%, не работали, будучи формально трудоспособными – 15,4%.

Жилищные условия большей части исследуемых пациентов были относительно удовлетворительными (табл. 4): лишь 11,0% из них жили в коммунальной или отдельной, но перенаселенной квартире. Однако материальное положение более половины больных определялось как тяжелое: они с трудом «сводили концы с концами», денег хватало лишь на питание, зачастую скудное; другие расходы были практически недоступны. При этом в части случа-

Таблица 4

Жилищно-бытовые условия и семейное положение пациентов

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Материальное положение:		
тяжелое	78	53,8
удовлетворительное или хорошее	67	46,2
Самообслуживание		
полностью обслуживали себя	70	48,3
частично обслуживали себя (нуждались в помощи окружающих)	67	46,2
неопрятен, социально запущен	8	5,5
Жилищные условия		
коммунальная квартира	12	8,3
отдельная перенаселенная квартира	4	2,8
отдельная квартира, нет своей комнаты	32	22,1
комната в отдельной квартире	77	53,1
один в отдельной квартире	20	13,8
Проживали		
одни (нет близких родственников)	8	5,5
отдельно от родственников	23	15,9
в семье	114	78,6
имели свою семью (супруга и/или детей)	59	40,7
проживали с родителями	47	32,4
с другими родственниками	8	5,5
Семейное положение		
холост (в браке не состоял)	65	44,8
разведен (а)	27	18,6
вдов (а)	10	6,9
женат (замужем)	43	30,0
Взаимоотношения с родственниками		
хорошие	40	27,6
нейтральные	33	22,8
неустойчивые	34	23,4
конфликтные	22	15,2
не поддерживают при наличии родственников	8	5,5
не имеют близких родственников	8	5,5

ев (5,5%) можно было говорить о фактически бедственном положении: пациенты недоедали, иногда даже голодали, носили старые, ветхие вещи, нередко ходили в обносках. Данная группа больных особо нуждалась в социальной помощи.

Полностью обслуживали себя в бытовом плане лишь около половины больных, большая же часть нуждалась в различной поддержке окружающих. При этом более 1/5 пациентов проживали одни, из них 5,5% были одиноки, то есть не имели близких родственников или не поддерживали с ними отношений.

Лишь 30% больных имели собственные семьи, а почти 45% никогда не состояли в браке ($p < 0,01$). Соответственно около половины пациентов жили с родственниками (часто престарелыми) или другими родственниками. При этом почти в 50% случаев имелись проблемы взаимоотношений с ближайшим окружением.

Ряд пациентов (6,2%) на момент нахождения в дневном стационаре нуждались в социально-правовой помощи и поддержке (взаимодействие с социальными службами, нарушения закона против пациента, оформление пенсий, пособий и пр.).

Таким образом, анализ контингента больных дневного стационара ПНД, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, позволяет выделить целевые группы со специальными задачами психосоциальной терапии и реабилитации.

Учитывая плохой комплайенс значительной части пациентов, очевидна необходимость для подавляющего большинства больных и их родственников проведения психообразовательной работы (2, 11, 12, 13, 15, 27).

Высокий процент неудовлетворительных отношений с родственниками, наличие одиноких больных обуславливает необходимость стимулирования развития социальных сетей пациентов (2, 11, 26), в том

числе создания терапевтического сообщества пациентов, позволяющего расширить их социальные контакты и сеть поддержки (10, 15), а также проведения семейной терапии с целью нормализации стиля семейных отношений и уменьшения нагрузки на ближайшее социальное окружение (2, 11, 17, 23, 24, 31).

Около половины больных имели в той или иной степени дефицит социальных навыков, в том числе навыков самообслуживания. Тренинг навыков независимого проживания, общения, уверенного поведения, сомопредъявления, навыки взаимодействия с государственными и общественными организациями, является одной из форм психосоциальных мероприятий, направленных на решение данной задачи (2, 10, 18, 24, 28).

Пациенты с неустойчивой трудовой адаптацией (6), безработные, а также с различной степенью утраты трудоспособности (более 70% выборки) нуждаются в широком комплексе мероприятий, направленных на их трудовую реабилитацию, включая защищенное трудоустройство (лечебно-трудовые мастерские, спец. цеха), вплоть до состязательного трудоустройства на обычном производстве (4, 5, 8, 15, 20, 21, 29). Решение данной задачи требует активного участия общественных организаций, службы социальной защиты, государственных учреждений (например, биржи труда), использования социальных программ, в том числе квотирования рабочих мест (2).

Таким образом, особенности социального статуса и проблемы социального функционирования больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, поступающих в дневной стационар, указывают на необходимость при осуществлении им психиатрической помощи, наряду с психофармакотерапией, проведения широкого круга психосоциальных вмешательств как неотъемлемой части психиатрического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4, № 4. – С. 38–45.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. – М., 2004. – 492 с.
3. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 12–17.
4. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1985. – 231 с.
5. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 22–27.
6. Кирьянова Е.М. Больные шизофренией с неустойчивой трудовой адаптацией. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 214 с.
7. Краснов В.Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 19–21.
8. Логвинович Г.В. Социально-трудовая адаптация больных пристоупообразной шизофренией. Дисс. ... докт. мед. наук. – Томск, 1987. – 384 с.
9. Любов Е.Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 89–101.
10. Ньюфельдт О.Г. Принципы и практика общественной психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 5–13.
11. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – 180 с.
12. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 30–39.
13. Семенова Н.Д. Исследования в области групповых психосоциальных подходов к лечению шизофрении: современное состояние и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 3. – С. 96–100.
14. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1999.
15. Энтони В., Козн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. – Киев, 2001. – 280 с.
16. Ястребов В.С. Деинституционализация и ее последствия // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1985. – № 8. – С. 1243–1249.
17. Anderson C.M. A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia // Family therapy in schizophrenia / W.R.McFarlane (Ed.). – New York–London: Guilford Press, 1983. – P. 99–116.
18. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The

psychosocial treatment of schizophrenia: An update // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158, N 2. – P. 163–175.

19. Greed F., Black D., Anthony P. Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness. A critical appraisal // *Br. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 154. – P. 300–310.

20. Grob S. Psychosocial rehabilitation centers: old wine in a new bottle // *The chronic psychiatric patient in the community: principles of treatment* / I.Barofsky, R.D.Budson (Eds.). – Jamaica, NY, 1983. – P. 265–280.

21. Harding C.M., Strauss J.S., Hafez H., Liberman P.B. Work and mental illness: I. Toward an integration of the rehabilitation process // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1987. – Vol. 175. – P. 317–326.

22. Kane J.M. Factors which can make patient difficult to treat // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 169, Suppl. 31. – P. 10–15.

23. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. et al. A controlled trial of social interventions in the families of schizophrenic patients // *Br. J. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 111. – P. 121–134.

24. Liberman R.P. Behavioral family management // *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients* / R.P.Liberman (Ed.). – Washington: American Psychiatric Press, 1988. – P. 199–244.

25. Marshall M., Crowther R., Almaraz-Serrano A.M., Tyrer P. Day

hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2001, Issue 2. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240.

26. Mitchell J.C. The concept and use of social networks // *Social networks in urban situations* / J.C.Mitchell (Ed.). – Manchester: Manchester University Press, 1969.

27. Moller M.D., Wer J.E. Simultaneous patient/family education regarding schizophrenia: The Nebraska model // *Arch. Psychiatr. Nurs.* – 1989. – Vol. 3, N 6. – Vol. 332–337.

28. Morrison R.L., Bellack A.S. Social skills training // *Schizophrenia: Treatment, management and rehabilitation* / A.S.Bellack (Ed.). – Orlando: Grune and Stratton, 1984. – P. 247–279.

29. Neufeldt A.H., Albright A.L. (Eds.). Disability and self-directed employment. Business development models. – Captus Press Inc., 1998. – 348 p.

30. Sharfstein S.S. Financial incentives for alternatives to hospital care // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1985. – Vol. 8. – P. 449–460.

31. Vaughn C., Snyder K.S., Jones S. et al. Family factors in schizophrenic relapse: a replication in California of British research on expressed emotion // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 41. – P. 1169–1177.

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA-SPECTRUM DISORDERS TREATED IN A DAY HOSPITAL AND TASKS OF PSYCHOSOCIAL THERAPY

K. V. Shenderov, V. A. Shevchenko, V. V. Zaghiyev, G. I. Vinidiktova, A. B. Shmukler

The authors have studied all the patients with schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders admitted in 2005 in the Day Hospital of the Moscow Psychoneurological Dispensary No. 14 (N=145). They analyze the causes of their seeking help in the day

hospital, their social status and functioning. On the basis of the data obtained they distinguish a number of target groups with specific tasks in their psychosocial treatment and rehabilitation. The main directions are presented in this publication.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА

Н. Б. Семенова, В. Т. Манчук

ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН

В настоящее время в состоянии здоровья населения РФ существуют выраженные региональные различия, обусловленные последствиями социально-экономического кризиса, который с различной глубиной затронул все регионы России. Наибольший внутрисосисский разброс прослеживается в показателях, обусловленных социальными причинами, и, прежде всего, в показателях, отражающих неестественные причины смерти. Так, региональные различия смертности от убийств в благополучных и неблагополучных регионах страны составляют 26 раз, от завершённых суицидов – 30 раз, от случайных отравлений алкоголем – 150 раз, тогда как смертность от большинства заболеваний системы кровообращения, новообразований, болезней органов пищеварения различается на российских территориях в пределах 4–8 раз (1). Если раньше к категории социально уязвимых относились группы лиц определённого социального статуса (бомжи, вынужденные мигранты, лица, содержащиеся в закрытых учреждениях и пр.), то с начала 90-х годов эта категория существенно расширилась за счёт населения, живущего в состоянии хронической бедности.

В последнее десятилетие крайне неблагоприятная ситуация сложилась на территории Республики Тыва. Доказательством низкого уровня жизни и выраженного санитарно-эпидемиологического неблагополучия служат показатели смертности населения от туберкулеза, по которым Республика Тыва выходит на первое место среди всех субъектов РФ, и которая составляет 70,9 на 100 тысяч населения, в то время как в среднем по РФ она составляет 15,1 на 100 тысяч (5, 6). Такая же картина отмечается и по показателям смертности от инфекционных и паразитарных болезней, которые составляют 98,1 на 100 тысяч в Республике Тыва, по сравнению со средними показателями по РФ – 19,5 на 100 тысяч населения (5, 6). Показатели смертности населения Республики Тыва от травм, отравлений и несчастных случаев считаются одними из самых высоких в РФ, а показатели смертности от случай-

ных отравлений алкоголем, убийств и завершённых суицидов являются самыми высокими на территории РФ (5, 6). По сути, данные показатели свидетельствуют о том, что население Республики живет в ситуации хронического стресса, обусловленного последствиями социально-экономического кризиса. В особо сложном положении оказались дети и подростки, значительная часть которых находится в состоянии выраженной психической и социальной дезадаптации.

Целью нашего исследования было определить эмоциональное состояние подростков коренного населения Республики Тыва с позиции территориальных и этнических особенностей.

Объект исследования и методы

С целью изучения территориальных особенностей эмоциональной сферы подростков тувинской национальности мы обследовали выпускников коренной национальности, проживающих в разных населённых пунктах: в сельской местности западных районов Республики Тыва (посёлки Тээли и Чаа-Холь) и в городской местности (г.Кызыл).

С целью изучения этнических особенностей эмоциональной сферы подростков тувинской национальности в сравнении с русскими подростками, параллельно были обследованы русские выпускники общеобразовательных школ, проживающие в идентичных условиях (г.Кызыл) и русские выпускники, проживающие в условиях крупного промышленного города (г.Красноярск). Всего обследовано 480 выпускников, из них 206 выпускников тувинской национальности (128 проживают в сельской местности, 78 – в г.Кызыле) и 274 выпускника русской национальности (68 чел. проживают в г.Кызыле и 206 – в г.Красноярске).

Для обследования эмоциональной сферы мы использовали методику «Самооценка психических состояний» с определением уровня тревожности, фрустрированности, агрессии и личностной ригидности (2). Обследование старшеклассников проводилось анонимно.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ для статистического анализа медицинских данных STATISTICA-6. Анализ количественных показателей проводился с подсчетом медианы (Me) и интерквартильного интервала (ИКИ), сопоставление групп проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Сравнение групп по качественному бинарному признаку проводилось с помощью точного критерия Фишера.

Результаты исследования и обсуждение

Республика Тыва – самое молодое государственное образование в составе РФ. По своему происхождению тувинцы относятся к алтайской семье и входят в тюркскую языковую группу (4). Традиционное вероисповедание тувинцев – буддизм, с сохранением элементов более древних верований – шаманизма. Основным занятием тувинцев издавна было скотоводство. Большинство тувинцев-аратов (так назывались крестьяне в Тыве, занимающиеся скотоводством) вели кочевой образ жизни (7).

Во второй половине XX века в Тыве за короткое время произошли глубокие социокультурные изменения, в результате которых изменился облик тувинской земли. После окончания Великой Отечественной войны в Тыве началась коллективизация сельского хозяйства. Нововведения, сопровождающиеся ломкой психологии людей, происходили не так гладко. Некоторые араты, не имея сил и желания оставить «землю предков», откладывали переезд, избегая перехода на оседлую жизнь. Были и такие, которые вовсе отказывались оставлять насиженные места. Их заставляли вселяться в дома, применяя силу.

За последние десятилетия резко изменился многовековой уклад жизни тувинского народа, его духовный и психологический менталитет. В годы советской власти на фоне повышения культурного уровня населения, чрезмерное увлечение политических деятелей Республики марксистско-ленинской идеологией привело к отлучению народа от собственной культуры и религии.

С начала 90-х годов вследствие экономического кризиса в стране возникло катастрофическое обнищание населения. Большинство производственных предприятий было закрыто, совхозы разрушены, а традиционный национальный промысел утрачен. Отсутствие социальных перспектив, чувство безнадежности и уныния в настоящее время преобладают у коренных жителей Республики.

При анализе эмоционального состояния подростков коренного населения с позиции территориальных различий выявляется более высокий уровень тревожности у молодежи, проживающей в сельской местности (табл. 1, 2). Так, девушки, проживающие в сельской местности, более тревожны по сравнению с тувинками, проживающими в городе ($p=0,0001$). Тревога отсутствует лишь у 6,4% сельских девушек, у 73,1% интенсивность ее соответствует умеренной степени, а у 20,5% – выраженной. В городской местности показатели тревоги, соответствующие нормативным, отмечаются у 30,4% девушек, у 63,1% определяется тревога умеренной степени и у 6,5% – выраженной ($p=0,0006$).

Большинство девушек-тувинок, проживающих в сельской местности, отличаются неуверенностью и повышенным беспокойством. Анализ полученных ответов показал, что 48,7% девушек, проживающих

Таблица 1

Сравнительная характеристика эмоционального состояния у девушек

Характеристика психического состояния	1 Тувинки (поселки) n=78Me (ИКИ)	2 Тувинки (Кызыл) n=48Me (ИКИ)	3 Русские (Кызыл) n=42Me (ИКИ)	4 Русские (Красноярск) n=119Me (ИКИ)	p 1–2	p 2–3	p 3–4
Тревожность	12,0(10,0–14,0)	10,0(7,0–12,0)	7,0(6,0–8,0)	6,0 (4,0–8,0)	0,0001**	0,0067**	0,0755
Фрустрированность	10,0(8,0–13,0)	9,0(7,0–11,0)	7,0(5,0–8,0)	6,0 (3,0–8,0)	0,1439	0,0012**	0,2085
Агрессия	9,0(7,0–12,0)	8,0(5,0–12,0)	9,0(5,0–11,0)	10,0(7,0–13,0)	0,1010	0,8340	0,0622
Ригидность	11,0(9,0–13,0)	9,5(8,0–12,0)	8,0(7,0–10,0)	8,0 (6,0–10,0)	0,0337**	0,1786	0,9024

Примечание: количественные показатели представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного интервала (ИКИ); * – различия групп статистически значимы ($p<0,05$); ** – различия групп статистически высокозначимы ($p<0,01$).

Таблица 2

Сравнительная характеристика эмоционального состояния у юношей

Характеристика психического состояния	1 Тувинцы (поселки) n=50Me (ИКИ)	2 Тувинцы (Кызыл) n=30Me (ИКИ)	3 Русские (Кызыл) n=26Me (ИКИ)	4 Русские (Красноярск) n=87Me (ИКИ)	p 1–2	p 2–3	p 3–4
Тревожность	9,0 (8,0–11,0)	7,0 (7,0–9,0)	5,0 (2,0–6,0)	4,0 (2,0–7,0)	0,0051**	0,0057**	0,6705
Фрустрированность	7,0 (5,0–10,0)	6,0 (3,0–9,0)	5,0 (4,0–8,0)	4,0 (2,0–6,0)	0,1687	0,9349	0,0796
Агрессия	8,5 (6,0–11,0)	9,0 (6,0–11,0)	11,0 (10,0–14,0)	9,0 (6,0–12,0)	0,8618	0,0840	0,1241
Ригидность	10,0 (8,0–11,0)	8,0 (5,0–11,0)	9,0 (8,0–12,0)	6,0 (5,0–10,0)	0,1304	0,2009	0,0191*

Примечание: количественные показатели представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного интервала (ИКИ); * – различия групп статистически значимы ($p<0,05$); ** – различия групп статистически высокозначимы ($p<0,01$).

в сельской местности, «не чувствуют в себе уверенности». Еще 37,2% сельских девушек отмечают, что «беспокоятся о только еще воображаемых неприятностях», 38,5% жалуются на беспокойный и тревожный сон.

По сравнению с сельскими девушками, городские тувинки производят впечатление более уверенных. Так, высказались о том, что «не чувствуют в себе уверенности» 28,3% городских девушек ($p=0,03$), еще 17,4% тувинки отмечают «беспокойство по поводу воображаемых неприятностей» ($p=0,02$). Нарушения сна отмечаются у 10,7% ($p=0,0009$).

У юношей, проживающих в поселках, по сравнению с городскими юношами также показатель тревожности выше (табл. 2). Тревога отсутствует только у 21,8% юношей, проживающих в сельской местности, у остальных 78,2% степень ее выраженности соответствует умеренной. По сравнению с юношами, проживающими в сельской местности, более чем у половины городских юношей (58,6%) тревога отсутствует, у остальных она соответствует умеренной ($p=0,002$).

При анализе ответов юношей коренной национальности выявлено, что не чувствуют в себе уверенности 39,1% юношей, проживающих в поселках. Количество городских юношей, не чувствующих уверенности в себе составляет 10,3% ($p=0,008$).

Неблагополучие эмоционального состояния у выпускников коренного населения, проживающих в сельской местности, по сравнению с городскими выпускниками, мы связываем с социальной нестабильностью и напряженностью, которые сложились в сельских районах. Известно, что состояние тревоги, которое переживается человеком как внутреннее напряжение и беспокойство, обычно возникает в ситуации неопределенности, нестабильности и неизвестности (3). В сложившейся социально-экономической ситуации выпускники общеобразовательных школ находятся в сложном положении. Перед ними стоит проблема выбора жизненного пути, который они должны осуществить в чрезвычайно сложных условиях. Притом что в Республике уровень безработицы доходит до 43%, особенно среди мужской части населения, выпускникам школ необходимо определиться с выбором будущей профессии. В условиях хронической бедности и крайне низкого уровня качества жизни им предстоит решать вопрос о создании семьи. При этом у тувинцев, в силу национальных традиций, сохраняется высокий уровень рождаемости. Однако сложившиеся социально-экономические реалии привели к крайне неблагоприятным условиям для создания семьи и сохранения ее целостности. Свидетельством крайнего социального неблагополучия является не только большое количество разводов, но и показатель внебрачной рождаемости, который в Республике Тыва доходит до 62% и является самым высоким по всем субъектам РФ (1).

Анализ эмоционального состояния с позиции территориальных различий выявляет более высокий

показатель ригидности у девушек коренной национальности, проживающих в сельской местности, по сравнению с городскими девушками (табл. 1). Девушки, проживающие в поселках, по складу своего характера отличаются большим консерватизмом и склонностью к сохранению культуральных традиций и ценностей. Но, как известно, личностная ригидность, которая свидетельствует о низкой подвижности психических процессов и инертности установок, значительно затрудняет адаптацию личности к изменяющимся условиям внешней среды. Кроме того, эмоциональная ригидность способствует накоплению негативных эмоций, застреванию на неприятных переживаниях, чувстве вины и обиды. Эмоциональная и личностная ригидность в сочетании с высоким уровнем тревожности приводят к неконструктивному стилю переживаний, саморазрушающему поведению. Ярким подтверждением этого является показатель смертности населения среди женщин сельской местности от травм, отравлений и других повреждений, вызванных внешними причинами, который увеличился по сравнению с 1995 годом на 155,5% и практически сравнялся с показателем смертности от вышеперечисленных причин среди мужчин (4, 5).

С целью анализа эмоционального состояния подростков с позиции этнических различий мы сравнивали показатели тувинской и русской молодежи, проживающих в одном и том же населенном пункте (г.Кызыл), в идентичных условиях, обучающихся в общеобразовательных школах, находящихся в одном районе города.

Анализ эмоционального состояния у девушек с позиции этнических различий свидетельствует о том, что девушки тувинской национальности более тревожны и менее стрессоустойчивы по сравнению с русскими девушками (табл. 1). Показатель тревожности у девушек-тувинок статистически значимо превышает таковой у русских девушек: $Me=10,0$, $ИКИ=7,0-12,0$. В то время как у русских девушек показатель тревожности: $Me=7,0$, $ИКИ=6,0-8,0$ ($p=0,0067$). Тревога отсутствует у 73,8% девушек русской национальности, в то время как среди коренных девушек тревоги не отмечается всего у 30,4%, а у 69,6% ее выраженность соответствует от умеренной степени до выраженной ($p=0,0001$). Как известно, тревога изменяет характер поведения личности, ведет к усилению поведенческой активности. Однако в случае неадекватности интенсивности и длительности тревоги, возникают нарушения поведенческой интеграции, что препятствует формированию адаптивного поведения, переводя его в разряд дезадаптивных.

У коренных девушек, по сравнению с русскими девушками, высоким является и показатель фрустрированности, значения которого составляют: $Me=9,0$, $ИКИ=7,0-11,0$. Данный показатель у девушек русской национальности статистически значимо ниже: $Me=7,0$, $ИКИ=5,0-8,0$ ($p=0,0012$). Известно, что при высокой толерантности по отношению

к фрустраторам поведение индивида остается в рамках адаптивной нормы, отличается конструктивностью и приводит к разрешению ситуации. Но при низкой толерантности к стрессовым факторам могут появляться различные виды неконструктивного поведения, которые чаще всего проявляются в виде агрессии, либо аутоагрессии, или «саморазрушающего» поведения.

Анализ ответов показал, что девушки тувинской национальности менее уверены в себе. О том, что они «не чувствуют в себе уверенности», высказались 28,3% тувинков и 7,1% русских девушек ($p=0,01$).

Этнической особенностью эмоционального состояния девушек-тувинок является чувство незащищенности и склонность к унынию. Так, чувство беззащитности отмечают 34,8% тувинков и 4,8% русских девушек ($p=0,0005$). Высказались о том, что «легко впадают в уныние» 30,4% девушек-тувинок и всего 9,5% русских девушек ($p=0,018$).

Девушки коренной национальности более чувствительны к неприятностям. О том, что «неприятности их часто расстраивают, они падают духом» отметили 30,4% тувинков и 4,7% русских девушек ($p=0,002$). У многих тувинков выявляется чувство страха и растерянности перед трудностями, неумение найти выход из сложной ситуации, блокирование активности в ситуации стресса. Так, трудные ситуации «кажутся безвыходными» для 67,7% тувинков и 38,1% русских девушек ($p=0,009$). О том, что их «пугают трудности», высказались 28,3% тувинков и 4,8% русских ($p=0,004$). Чувствуют «растерянность перед трудностями» 36,9% тувинков и 14,3% русских девушек ($p=0,02$).

Способность к анализу и конструктивным выводам у тувинков, по сравнению с русскими девушками, снижена. О том, что «неудачи их ничему не учат» высказались 56,5% тувинских и 23,8% русских девушек ($p=0,002$). При этом, в состоянии гнева девушки тувинской национальности менее сдержанны, у них может отмечаться склонность к импульсивным реакциям, о чем высказались 30,4% тувинков и всего 4,6% русских девушек ($p=0,002$).

Эмоциональное состояние юношей коренной национальности отличается большей стабильностью по сравнению с девушками. Однако по сравнению с русскими юношами, у юношей-тувинцев отмечаются более высокий уровень тревожности (табл. 2). Среди юношей коренного населения нормативные показатели тревожности регистрируются в 58,6% случаев, в то время как у большинства русских юношей показатели тревоги соответствуют нормативным в 88,5% случаев ($p=0,016$).

В трудных ситуациях коренные юноши также испытывают чувство страха и растерянности. О том, что их «пугают трудности» высказались 65,5% юношей-тувинцев и 26,9% русских юношей ($p=0,006$). При этом, юноши-тувинцы отличаются повышенной склонностью к рефлексии и склонны «копаться» в своих недостатках, что отметили 86,2% тувинцев и 46,2% русских ($p=0,003$).

В ходе анализа эмоционального состояния у русских выпускников, проживающих в разных городах, среди девушек существенных региональных различий в характеристике эмоционального состояния не выявлено. Русские юноши, проживающие в условиях крупного промышленного города, отличаются большей гибкостью по сравнению с юношами, проживающими в г.Кызыле (табл. 2).

Заключение

Таким образом, этнические особенности эмоциональной сферы подростков коренного населения Республики Тыва определяют их поведение в стрессовых ситуациях. Девушки-тувинки отличаются неуверенностью в себе, эмоциональной лабильностью, высокой чувствительностью к стрессовым факторам. У них высока аффилиативная потребность, то есть потребность в любви, заботе, доброжелательном к себе отношении. В то же время эта потребность остается неудовлетворенной вследствие кризиса в системе отношений, и в первую очередь – семейных. В ситуации стресса у них отмечается чувство страха и растерянности, блокирование активности, неумение найти выход из сложной ситуации, что, наряду с застреванием на негативных переживаниях и склонностью к импульсивным реакциям, формирует неконструктивный стиль поведения.

Юноши-тувинцы более стрессоустойчивы по сравнению с девушками. По сравнению с русскими юношами, эмоциональное состояние у них отличается нестабильностью и тревожностью. Трудные жизненные ситуации вызывают состояние неуверенности и растерянности.

Условия социально-экономической нестабильности негативным образом сказываются на эмоциональном состоянии подростков коренной национальности, увеличивают уровень тревожности, приводят к неуверенности и чувству беспомощности, нарушают поведенческую интеграцию, переводя тем самым поведение в разряд дезадаптивных.

Для изменения сложившейся ситуации необходимо проводить комплекс мер, направленных на предупреждение возникновений эмоционального неблагополучия и улучшение состояния подростков в случае появившихся эмоциональных проблем. Словом, речь идет о первичной и вторичной психопрофилактике, которая должна проводиться в стенах общеобразовательных учреждений при совместной работе медиков, психологов и педагогов.

Комплекс мер по первичной психопрофилактике должен включать в себя психологическую работу с подростками в форме тренинга, направленного на самопознание, самосознание, саморазвитие личности. Данный вид работы следует начинать уже в возрасте 12–14 лет, когда у подростка появляется интерес к собственному внутреннему миру, складывается представление о собственных возможностях, осознание своей индивидуальности, которые в дальнейшем формируют самооценку личности.

Вторичная психопрофилактика должна быть направлена на максимально раннее выявление начальных признаков эмоционального неблагополучия у подростка. Данную работу может осуществлять школьный психолог совместно с медиком. Начало ранней психокоррекции имеющихся нарушений способствует предотвращению развития целого комплекса последующих проблем: появления дезадаптивного поведения и нарушения дальнейшей социализации. Важным направлением психокоррекционной помощи детям и подросткам является обучение навыкам поведения в стрессовых ситуациях, повышение волевых качеств лично-

сти и уверенности в себе. На этом этапе психопрофилактики хороший результат дает психологическая работа в форме тренингов личностного роста, повышающих личностную и фрустрационную толерантность. С успехом может применяться поведенческая психотерапия с использованием ролевых игр, в которых подростки отрабатывают навыки поведения в значимых ситуациях.

Кроме этого, существует необходимость в мерах государственного характера, направленных на развитие здравоохранения в регионах, приближение медицинской и психологической помощи к населению и сохранение здоровья социально уязвимых групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 г. // Здравоохранение РФ. – 2004. – № 3. – С. 3–25.
2. Диагностика эмоционально-нравственного развития / Под ред. И.Б.Дермановой. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 176 с.
3. Клиническая психология / Под ред. Б.В.Карвасарского. – СПб.: Питер, 2006. – 960 с.
4. Кукушин В.С., Столяренко Л.Д. Этнопедагогика и этнопсихология. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 448 с.
5. Смертность населения Российской Федерации в 1998 г. // Здравоохранение РФ. – 2001. – № 3. – С. 47–56.
6. Смертность населения Российской Федерации в 1998 г. // Здравоохранение РФ. – 2001. – № 6. – С. 40–55.
7. Шойгу К. Перо черного грифа. – Кызыл: Новости Тувы, 2001. – 240 с.

EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS BELONGING TO NATIVE POPULATION OF THE TOUVA REPUBLIC

N. B. Semyonova, V. T. Manchouk

The objective of this investigation was to study the emotional condition of adolescents belonging to the native population of the Touva Republic with regard for their regional and ethnic characteristics. The authors studied two groups of school graduates: in an urban and in a rural area. They also studied two groups of ethnic Russian school graduates. For evaluation of emotional sphere they used the "self-report list of emotional conditions", which showed anxiety, frustration

level, aggression and personal rigidity. As a result, they succeeded to detect certain ethnic peculiarities in emotional sphere and emotional reactions of adolescents belonging to the native population of the Touva Republic that determined the teenagers' behavior in stressful circumstances. The paper describes territorial variations in emotional reactions of these adolescents associated with unfavorable social and economic situation in rural areas of the Touva Republic.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ КРИМИНАЛЬНОЙ АГРЕССИИ У ВЕТЕРАНОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН

Г. А. Фастовцов, А. М. Резник, О. Ф. Савина, В. Г. Василевский

*ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского,
Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва*

Психогении военного времени представляют собой один из важнейших источников посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) в популяции (6). Высокая распространенность и особое положение психических нарушений у ветеранов войн привели к тому, что в отечественных и зарубежных исследованиях все чаще используются понятия «боевой психической травмы» (war-induced psychic trauma) и «боевого посттравматического стрессового расстройства» (combat-related PTSD) (2, 5, 9). Клинические проявления боевых стрессовых расстройств имеют необычайное разнообразие и охватывают все регистры психической патологии от предболезненных отклонений до психозов (1, 2). Очень часто клинической манифестации болезни предшествует длительный период субклинических изменений, которые включают лишь отдельные симптомы, свойственные ПТСР (8, 11), или довольно однородные характерологические трансформации, не достигающие уровня выраженного расстройства личности (2, 3). Даже при «подпороговом» уровне выраженности («subthreshold PTSD»), подобные изменения подчас заметно влияют на социальную адаптацию и качество жизни ветеранов войн (4, 7, 8). Мало того, наличие стрессовых расстройств и, особенно, личностных изменений делает ветеранов уязвимыми к новым неблагоприятным психотравмирующим условиям. Причем негативные характерологические особенности ведут к однотипному агрессивному реагированию в условиях психологического конфликта.

Поэтому **целью** настоящего исследования стало изучение особенностей психических расстройств у ветеранов локальных войн, оказавших влияние на проявление криминальной агрессии.

В связи с поставленной целью выполнение работы было направлено на решение следующих задач:

– определить предпосылки развития психических расстройств и непосредственные условия возникновения острых реакций на стресс, сопровождающихся криминальной агрессией;

– изучить клинические особенности психических расстройств у ветеранов войн, совершивших гетероагрессивные общественно-опасные действия;

– определить влияние структуры и тяжести психических нарушений на способность сознательной регуляции поведения.

Материал и методы исследования

Для решения поставленных задач нами было проведено клиничко-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование 174 мужчин-ветеранов локальных войн в возрасте от 22 до 43 лет (средний возраст 31 год), совершивших гетероагрессивные действия в ситуации межличностного конфликта и обнаруживающих признаки боевого ПТСР. Время, прошедшее после прекращения прямого воздействия боевых стрессоров до момента совершения правонарушения составляло от 1 до 8 лет. В этот период ни один из обследованных никогда самостоятельно по поводу каких-либо психических нарушений к врачам не обращался. После возвращения из «горячей точки» и до совершения правонарушения родственники и знакомые психически больными их не считали, хотя и отмечали новые черты характера и изменения в поведении. Во всех случаях правонарушения осуществлялись в связи с остро возникшим психологическим межличностным конфликтом или на фоне его относительно длительного нарастания.

Результаты исследования

Продолжительность воздействия боевого стресса у обследованных ветеранов составляла от 5 месяцев до полутора лет, в среднем – около 10 месяцев. Почти все вошедшие в группу обследования (163 чел. – 93,7%) являлись непосредственными участниками боев, 114 (65,5%) участвовали в боевых столкновениях с противником неоднократно, 71 человек (40,8%) участвовали в боях, которые отличались особой жестокостью и кровопролитностью. 39 ветеранов (22,4%) сообщали, что им при-

ходилось участвовать в ближнем или рукопашном боях. По данным имеющейся медицинской документации 66 (37,9%) обследованных получали боевые ранения и травмы, в том числе 40 (23%) – черепно-мозговые травмы. Подавляющее большинство (158 чел. – 90,8%) указывали на то, что они были свидетелями боевых ранений или гибели сослуживцев. Среди субъективно наиболее значимых боевых стрессоров ветеранами назывались самые разные травмирующие обстоятельства и тяготы войны. Так, 95 человек (54,6%) называли гибель или ранение товарищей, 64 (36,8%) – переживание угрозы для собственной жизни, 43 (24,7%) – собственные ранения и травмы, 71 (40,8%) – ошибки командования или неудачи федеральных войск, 44 (25,3%) – сильное психическое утомление.

Большинство обследованных (114 чел. – 65,5%) инкриминируемые им деяния совершили в ближайшие 3 года после воздействия боевых стрессоров. Это косвенно свидетельствует о максимальной выраженности гипервозбудимости в первые годы после перенесенного психического стресса, снижении остроты симптомов ПТСР по прошествии нескольких лет и наступлении у большинства ветеранов адаптации в мирной среде.

Непосредственной причиной агрессивных действий обследованных ветеранов служило то, что значимая для их личности психотравмирующая ситуация (подчас для окружающих кажущаяся мало значимым конфликтом) ассоциировалась с жизнеопасными ситуациями боевой обстановки или эмоционально насыщенным противостоянием. У ветеранов в этих обстоятельствах легко развивались острые реакции на стресс, подобные тем, что наблюдаются в условиях воздействия боевых стрессоров (2).

С учётом особенностей клинко-феноменологического оформления острых реакций на стресс (ОРС) и в зависимости от характера изменения сознания в момент совершения агрессивных криминальных действий все наблюдавшиеся ветераны были разделены на пять групп. Из них первые три объединены наличием транзиторных психотических расстройств, две другие группы включали лиц, не имевших в момент совершения общественно опасного действия признаков психоза:

1) больные с эпизодами сумеречного помрачения сознания, при которых пусковым механизмом явился интоксикационный фактор, как правило, алкогольное опьянение (по типу патологического просоночного состояния, патологического опьянения, сумеречного состояния сознания вне рамок психической болезни) – 24 (13,8%);

2) пациенты с эпизодами сумеречного помрачения сознания, видимым пусковым механизмом которых являлись психические травмы (по типу патологического аффекта, реакции короткого замыкания) – 23 (13,2%);

3) больные с бредовым изменением сознания (острыми параноидными состояниями), развившим-

ся в результате сочетанного воздействия внешних факторов (психогенных и интоксикационных) – 32 (18,4%);

4) обследуемые с ОРС непсихотического регистра, у которых облигатная и факультативная симптоматика ПТСР оказывала существенное влияние на психическое состояние в момент инкриминируемых деяний и ограничивала способность в полной мере осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность либо руководить ими – 51 (29,3%);

5) лица, у которых облигатная симптоматика ПТСР не оказывала влияния на психическое состояние в момент инкриминируемых деяний и не ограничивала способность в полной мере осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность либо руководить ими – 68 (39,1%).

Почвой для возникновения ОРС служили основные и факультативные симптомы боевого посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Данные, полученные при обследовании значительного числа участников и ветеранов войн (2), а также на материале проведённых судебно-психиатрических экспертиз, свидетельствуют, что в каждом конкретном случае реальная клиническая картина боевого ПТСР может быть гораздо богаче и сложнее, чем это показано в рубрике F43.1 МКБ-10. Многообразие проявлений ПТСР в несколько большей степени отражает соответствующая диагностическая рубрика американской классификации DSM-IV. Однако клиническая характеристика и ценность для экспертной оценки различных симптомов ПТСР требует уточнения. Кроме того, наряду с присутствием признаков ПТСР, у всех обследованных нами ветеранов отмечался ряд общих черт и множество индивидуальных оттенков личностной трансформации, многие из которых представлены в МКБ-10 среди диагностических критериев рубрики F62.0 – «Хроническое изменение личности после переживания экстремальной ситуации».

Например, такой часто упоминающийся признак ПТСР как повторяющиеся переживания (непроизвольные воспоминания о пережитом, стереотипные кошмарные сновидения военной тематики) признавали у себя 131 (75,3%) обследованных. У 34 человек (19,5%) приходилось наблюдать яркие явления «вторжения», проявлявшиеся в виде застывших, многократно повторяющихся, ярких, чувственно насыщенных визуализированных представлений, репродуцирующих закрепившиеся в памяти эпизоды войны. Такие расстройства сопровождалось тягостными эмоциональными переживаниями: тревогой, подавленным настроением, иногда страхом развития душевной болезни. Нередко сенсорно насыщенные эхомнезии в момент своего появления оказывали влияние на поведение комбатантов, которые импульсивно совершали привычные оборонительные действия.

Другой симптом ПТСР – «избегание обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессом» у 117 человек (67,2%) проявлялся, например, отказом смотреть телерепортажи из районов боевых действий или читать о войне. Свое нежелание вспоминать о войне или каких-либо ее эпизодах при расспросе признавали всего 56 человек (32,2%). Ветераны, как правило, неохотно рассказывали о своем участии в боевых действиях, давали довольно краткие ответы на вопросы, имеющие непосредственное касательство обстоятельств уголовного дела. Иногда характер ответов ветеранов позволял предполагать сложность вербализации травмирующих впечатлений. Также весьма затрудненным оказывалось и словесное описание переживаний и мотивов собственных поступков на период инкриминируемого деяния. Причем отрывочные высказывания испытуемых порой было трудно и даже невозможно уложить в общепринятую феноменологию психических расстройств.

Не менее характерной особенностью лиц, переживших длительный травмирующий стресс, являлось сужение спектра эмоциональных проявлений. 37 (21,3%) обследованных признавали, что утратили интерес к увлечениям и занятиям, которые нравились до участия в войне. Ту и ли иную степень отчужденности от окружающих и ослабления эмоций признавали 78 человек (44,8%). Порой сужение диапазона эмоциональных реакций выражалось преобладанием переживаний отрицательного полюса (тоски, тревоги, злости). Такого рода проблемы признавали у себя 58 обследованных (33,3%), близкие или сослуживцы обследованных отмечали признаки подобных расстройств еще в 21 случае (12,1%). Многие ветераны (151 чел. – 86,8%) признавали частое возникновение у них раздражения, злости и даже неконтролируемой ярости в ответ на незначительные неприятности или трудности в быту.

Готовность к импульсивному защитному реагированию на угрозу в виде избегания либо агрессии в отношении источника опасности оказалась общей для всех обследованных. Враждебность проявлялась в ответ на стиль поведения, кажущийся им неприемлемым. В частности, типичными были легко возникающие реакции раздражения в случае даже незначительного или мнимого ущемления прав или отказа в помощи. Склонность к бурному эмоциональному реагированию на безадресные обидные высказывания посторонних отмечали у себя 37 человек (21,3%). Вспышки сдерживаемой ярости или проявления гнева в ответ на требования родственников или начальства признавало большинство обследованных – 116 человек (66,7%). 59 (33,9%) отмечали, что стали более требовательными к себе и окружающим, менее терпимыми к обидам и несправедливости. На появление чрезмерной возбудимости после возвращения из зоны боевых действий указывали родственники и знакомые 95 (54,6%) обследованных ветеранов.

Реакции тревоги и эмоциональные реакции возбуждения, по нашим наблюдениям, у ветеранов встречаются гораздо чаще и, подчас, в большей мере влияют на поведение и социальную адаптацию, чем проявления «интрузии». С другой стороны, в развитии острых реакций эмоционального возбуждения, повлекших за собой криминальную агрессию, в 125 наблюдениях (71,8%) удавалось различить всплески образных воспоминаний о войне, которые могут становиться причиной высвобождения боевых навыков, легко проявляющихся в гетероагрессивных действиях.

Преступления против личности обследованными комбатантами совершались на фоне стресс-индуцированных реакций, когда оппонент конфликта приобретал черты непримиримого противника. Реальная ситуация оценивалась комбатантами искаженно как угрожающая (по типу когнитивной ошибки), непроизвольно ассоциируясь с боевым опытом. Иногда этому способствовала репродукция образных воспоминаний по типу уже упоминавшихся эхомнезий. Поэтому по мере развития конфликтной ситуации наблюдалась быстрая эскалация эмоционального напряжения, а в момент эмоционального разряда действия принимали стереотипный характер и воспроизводили приобретенные на войне боевые навыки. Подчас имело место полное переключение на выполнение «автоматизированных» действий. В разной степени это прослеживалось в 108 (62%) случаях ООД. Причем наличие повторяющихся автоматизированных действий было отмечено почти во всех случаях, когда правонарушение совершалось ветеранами в состоянии психоза или на фоне непсихотических стрессовых расстройств, которые по заключению комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы ограничивали способность в полной мере осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность либо руководить ими.

Криминальная агрессия комбатантов своими проявлениями не вполне укладывалась в стандартную картину физиологического аффекта или иных эмоциональных реакций. Период деликта часто протекал более длительно, сопровождаясь сменой операционного состава деятельности в соответствии с отработанными профессиональными навыками (например, использованием характерных приемов рукопашного боя, уклонением от опасных действий пострадавшего). После содеянного вместо астении в 42 случаях (24,1%) возникала мобилизация ресурсов для продолжения эффективного функционирования с формальной ориентацией во внешних условиях и кажущейся целесообразностью поведения, что выражалось бегством с места происшествия.

Следует особенно отметить, что возникновение острых эмоциональных реакций с проявлением агрессивного поведения провоцировалось алкогольным опьянением, которое изначально было направлено на снятие имевшегося эмоционального напряжения, но нередко наоборот вызывало или

усиливало дисфорию и подозрительность. Так, 43 ветерана (24,7%) совершили преступления в состоянии алкогольного опьянения, а склонность к раздражительности и конфликтам в состоянии алкогольного опьянения до совершения инкриминируемого деяния признавали больные или отмечали посторонние в 55 (31,6%) случаях.

У всех обследованных в той или иной мере отмечалась деформация, нарушение структуры ведущих мотивов и ценностей. Однако это не были признаки какого-то «нравственного снижения» или «деградации». Морально-этические представления у ветеранов приобретали иное смысловое наполнение. Более того, в некоторых вопросах нравственных требования к себе и другим у ветеранов приобретали характер моральной ригидности. Это проявлялось в поляризации оценок, жестком разделении различных жизненных ситуаций, конкретных людей и даже групп населения на вызывающих позитивное или резко негативное отношение. Шкала нравственных оценок подчас приобретала двоичный характер: «наш – чужой», «друг – враг». Поэтому суждения и представления ветеранов имели костный, негибкий характер. Реалистичность и дифференцированность в оценке внешних обстоятельств снижались. Оценки людей и поведение строились и закреплялись в значительной мере благодаря поддержке со стороны референтной группы таких же комбатантов. Общепринятые требования, не прошедшие, по их мнению, проверку на истинность в боевой ситуации, в повседневной жизни могли легко игнорироваться.

Собственные субъективные представления и даже очевидные изменения личности стеничного полюса почти всегда воспринимались комбатантами в качестве позитивных. Категоричность, нетерпимость и даже асоциальное поведение воспринимались как проявления принципиальности, бескомпромиссности, приверженности значимым, сформировавшимся в условиях боевых действиях и общим с другими боевыми товарищами ценностям. В частности, все обследованные среди приобретенных на войне позитивных свойств характера называли решительность, уверенность в себе, твердость характера, требовательность к себе и другим. Напротив, такое качество как терпимость к недостаткам других людей, назвали лишь восемь обследованных (4,6%). Кроме того, как основная часть обследованных данной группы (127 чел. – 73%), так и вообще большинство ветеранов войн признавали допустимость и эффективность применения силы в условиях конфликта. Причем спектр ситуаций, когда возможным является враждебное поведение и силовое решение проблемы, мог быть весьма широким – от тяжелого оскорбления или прямой угрозы физическому благополучию близких до обидных слов, услышанных в городском транспорте или магазине.

Представленные общие психологические закономерности в каждом отдельном случае проявляют-

ся сугубо индивидуально, что зависит от изначально присущих личности особенностей и конкретного содержания психотравмирующих обстоятельств. Однако система ценностных образований ветеранов становится действительным регулятором разных сторон их деятельности, оказывает существенное влияние на возникновение и проявление реакций эмоционального возбуждения, в частности облегчая реализацию агрессивного поведения в ситуации психологического конфликта. Нередко затронутыми оказываются осмысление и оценка криминальной ситуации, ее опасности и значимости, допустимости выбора деструктивной стратегии поведения и соотношения ее с правовыми нормами.

В случаях, когда течение боевого ПТСР протекало с сохранностью волевых ресурсов, негативные эмоции сдерживались и агрессивное поведение долгое время не проявлялось. Лишь длительное накопление эмоционального напряжения или мощная индивидуально значимая психическая травма могли в итоге приводить к внезапному резкому аффективному срыву. У обследованных лиц с пониженным уровнем самоконтроля такие разрядки наблюдались чаще и возникали в гораздо менее тяжелых психотравмирующих ситуациях. Однако и в том, и в другом случае, невзирая на различие в механизмах агрессивного поведения, как правило, можно говорить о нарушении произвольности регуляции деятельности как возможности выбора иной тактики поведения, так и волевого сдерживания непосредственного выражения отрицательных эмоций в поведении.

Заключение

Таким образом, у лиц, совершивших агрессивные ООД, выявляется ряд общих патологических черт, сформировавшихся под длительным влиянием комплекса боевых стресс-факторов. Эти черты личности отражались в ситуации психологического конфликта и обуславливали действия, вступающие в противоречие с общественно приемлемыми вариантами поведения. Изменения личности ветеранов войн затрагивают не только эмоциональную, но и когнитивную и мотивационно-ценностную сферы. Чем более выражены изменения в каждой из них, тем более вероятны нарушения в межличностных отношениях, грубое дезадаптивное поведение, стереотипность способов реагирования на фрустрирующие ситуации.

Непосредственными причинами развития ОСП у обследованных ветеранов становились интерперсональные конфликты, принимавшие черты аффективно насыщенного противостояния и, потому, сопровождавшиеся актуализацией защитно-агрессивного шаблона поведения (по типу рефлекса борись или беги – fight/flight), закрепившегося в боевых условиях.

Наиболее важной предпосылкой агрессивного поведения в конфликтной ситуации представляется наличие стойких эмоциональных нарушений. Они

проявляются напряженностью, ригидностью суженного диапазона эмоциональных проявлений с преобладанием переживаний отрицательного полюса и склонностью к экстрапунитивному реагированию в ситуации межличностного конфликта. Частота и выраженность эмоциональных расстройств пропорциональны длительности и интенсивности воздействовавших на индивида боевых стрессоров.

Характерной когнитивной особенностью ветеранов, облегчающей совершение агрессивных противоправных действий, является полярность и категоричность характеристик окружающих и их поступков, упрощенность представлений, опирающаяся на двоичную оценку людей в качестве «наших и чужих», склонность к аффективно-детерминированным умозаключениям.

Рассмотрение мотивационно-ценностной системы у ветеранов войн, совершивших правонарушение, свидетельствует о деформации, нарушении структуры ведущих мотивов и ценностей. Морально-этические представления этой группы лиц приобретают иное смысловое наполнение, что приводит к конфликту между субъективной или принятой в референтной группе системой оценок и общепринятыми социально-нормативными требованиями. Они значительно облегчают проявление агрессивных тенденций в ситуации межличностного конфликта.

О глубине нарушений произвольной саморегуляции и самосознания можно судить по наличию и выраженности специфических изменений: эмоционально модифицированного или полностью искаженного видения ситуации правонарушения с привнесением в нее визуализированных эпизодов реальных боевых действий, по скорости и степени нарастающего снижения волевого контроля над сформированными стереотипами агрессивного реагирования.

Существенное значение для судебной психиатрии имеют произвольные, часто визуализированные повторные переживания боевых действий («репереживания», «эхомнезии»), которые подчас заслоняли собой реальные обстоятельства психотравмирующей ситуации, чему иногда способствовало неосознаваемое восприятие конфликтной ситуации в качестве непримиримого противостояния.

Наконец, требует изучения такой феномен как совершение в момент ООД стереотипных действий, воспроизводящих усвоенные на войне профессиональные навыки. Причем выявление подобных двигательных итераций, наряду с другими признаками дезорганизации поведения, может стать весьма важным для экспертной оценки общественно опасных действий ветеранов.

Практика проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) позволяет говорить о том, что приведенные выше личностные изменения и психопатологические проявления в период ОРС требуют особого, направленного исследования и учета при формировании экспертного решения у лиц с облигатной симптомати-

кой ПТСР и отсутствием психотических расстройств в момент совершения криминальной агрессии. Для принятия правильного экспертного решения важным становится психологический анализ четырех параметров: исходной личностной структуры; длительности и интенсивности боевого стресса; значимости последующих социальных стресс-факторов и конкретных психологических последствий их воздействия; непосредственных условий развития и самой ситуации правонарушения.

Существующие психологические критерии экспертной диагностики эмоциональных состояний оказываются недостаточными для этих случаев. Признаки, на основании которых осуществляется принципиальное разграничение аффекта от иных эмоциональных состояний, являясь базовыми, сохраняют свою диагностическую силу, однако, сама феноменология протекания эмоциональных реакций до совершения, в момент деликта и после него, как правило, претерпевает специфические изменения. Как было сказано выше, нередко действия лиц, страдающих ПТСР, при совершении правонарушения представляются, на первый взгляд, достаточно упорядоченными, а зачастую и преднамеренно жестокими. Однако все это не является абсолютным признаком сохранности произвольной саморегуляции. Криминальные действия могут расходиться с объективными требованиями ситуации, ошибочно воспринятой ветераном как опасной. В ситуации конфликта могут быть актуализированы неуместные в конкретных обстоятельствах стереотипы реагирования на угрозу и автоматизированные боевые навыки. Собственная оценка агрессивного поведения и степень его деструктивности определяются трансформированной под влиянием хронического боевого стресса мотивационно-ценностной системой личности. Все это существенно ограничивает способность произвольной саморегуляции. Поэтому при комплексном подходе к экспертизе таких случаев чаще, чем в обычной судебно-психиатрической практике, может ставиться вопрос о применении статьи 22 УК РФ. Причем указание врачами биологического критерия может сочетаться с психологическим обоснованием причин и механизмов нарушения произвольной саморегуляции.

Даже в тех случаях, когда правонарушитель с ПТСР способен в полной мере осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими, целесообразно особо указывать на ущербные, дефицитарные зоны в его личностной структуре, измененность его представлений о социальных нормах с расширением спектра ситуаций и приемлемых форм деструктивных действий.

Проблема экспертной оценки случаев криминальной агрессии лиц, подвергшихся воздействию боевых стрессоров, требует комплексного решения с привлечением, в первую очередь, психологов для разработки и внедрения методик по оценке особенностей облигатных симптомов ПТСР и изменений

в различных составляющих личности. Решение указанных вопросов будет иметь большое значение не только для общей и судебной психиатрии, но и важную социальную значимость (рекомендации по

диагностике, лечению, реабилитации и освидетельствованию ветеранов, перенесших боевую психическую травму, а также по предупреждению у них общественно опасных деяний).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Т.Б., Василевский В.Г., Фастовцов Г.А. Транзиторные психотические состояния у комбатантов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (судебно-психиатрический аспект) // Российский психiatr. журн. – 2003. – № 3. – С. 38–42.
2. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 432 с.
3. Лыткин В.М. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн // Война и психическое здоровье (Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Ф.И.Иванова). – СПб., 2002. – С. 45–52.
4. Glenn D.M., Beckham J.C., Feldman M.E. et al. Violence and hostility among families of Vietnam veterans with combat-related posttraumatic stress disorder // *Violence Viet.* – 2002. – Vol. 17, N 4. – P. 473–489.
5. Novaco R.W., Chemtob C.M. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder // *J. Trauma Stress.* – 2002. – Vol. 15, N 2. – P. 123–132.
6. Perkonig A., Kessler R.C., Storz S., Wittchen H.-U. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 101. – P. 46–59.
7. Prigerson H.G., Maciejewski P.K., Rosenheck R.A. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men // *Am. J. Public Health.* – 2002. – Vol. 92, N 1. – P. 59–63.
8. Shear K.M. Building a model of posttraumatic stress disorder // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159, N 10. – P. 1631–1633.
9. Solomon Z., Kleinhaus M. War-induced psychic trauma: an 18-year follow-up of Israeli veterans // *Am. J. Orthopsychiatry.* – 1996. – Vol. 66. – P. 152–160.
10. Southwick S.M., Bremner D., Krystal J.H., Charney D.S. Psychobiologic research in posttraumatic stress disorder // *Psychiatric Clinics of North America.* – 1994. – Vol. 17, N 2. – P. 251–264.
11. Zlotnick C., Franklin C.L., Zimmerman M. Does «subthreshold» posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? // *Compr. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 43, N 6. – P. 413–419.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PREREQUISITES OF CRIMINAL VIOLENCE IN VETERANS OF LOCAL WARS

G. A. Fastovtsov, A. M. Reznik, O. F. Savina, V. G. Vasilevsky

Numerous local armed conflicts in post-Soviet space have led to a significant rise of criminal violence in veterans. This article presents the analysis of clinical-dynamic characteristics of combat-related PTSD, as well as individual and personality features and prerequisites of criminal aggression and mental disturbances observed at the moment of offence in 174 veterans of local wars. The probability of heteroaggressive behavior seems to increase in accordance with duration of exposure and severity of stress factors in the combat situation. It was especially high in first three years after the impact of the combat stress factors. Besides various PTSD symptoms mentioned in ICD-10 and DSM-IV, these veterans have acquired during the war certain similar personality features in emotional, cognitive and motivational / value spheres. The more pronounced were these changes, the more prominent were their interpersonal difficulties,

and more probable was violence. A frequent emotional prerequisite of aggression was proneness to emotional excitement in an interpersonal conflict. “Flashbacks” about war situations seemed to release the combat skills of the veteran under the influence of strong emotion. Their value system was black and white: either friend or enemy, no gray zone. Therefore, their opinions were rigid, not realistic. They committed offences against person in emotional conditions triggered by stress, when a traumatic situation was associated with an immediate life threat at war or an emotionally overwhelming opposition. Detailed analysis of personality characteristics of the offender, duration of exposure to combat stress and its severity, as well as subsequent social stress factors and their psychological impact, and circumstances of offence itself is essential for correct judgement in the course of forensic psychiatric evaluation.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ*

Е. Т. Соколова, Л. Т. Баранская

*Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова;
Уральский государственный университет им. А.М.Горького, Екатеринбург;
ГУЗ ДБВЛ НПРЦ «Бонум», Екатеринбург*

В современном обществе культ совершенного тела превратился в массовую погоню за идеалом. Безудержное желание достигнуть совершенства во всем, игнорируя естественные возрастные и даже половые ограничения, требует жесткого самоконтроля, перерастающего подчас в насилие над собой, чреватого глубокими стрессовыми и депрессивными состояниями и саморазрушительным стилем жизни.

Этот тип людей современная клиническая психология склонна относить к погранично-нарциссическим. Клинический подход позволяет также менее однозначно оценивать индустрию услуг, призванную предлагать изощренные способы улучшения качества жизни, особенно те из них, которые направлены на совершенствование исключительно фасада.

С момента возникновения потребности в изменении телесного облика, затем обращения к хирургу с определенным запросом, пациент и хирург вступают в специфическую коммуникацию, эффективность которой (по аналогии с психотерапией) в значительной степени будет определяться мотивацией обращения, взаимными ожиданиями, обоюдными вкладами, психической устойчивостью хирурга, спецификой личностной организации пациента.

Нет нужды отрицать сегодня, что достижение высокого качества жизни, позволяющего людям быть активными и созидательными членами общества, связано, в том числе, с успехами пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. На протяжении последнего десятилетия спрос на подобные услуги имеет устойчивую тенденцию к росту (1, 2, 22, 23, 30, 37). Многократные эстетические операции, которые перестали быть редкостью, превращаются в доходную индустрию, сравнимую с другими современными технологиями удовлетворения потребностей. Согласно отечественным и зарубежным данным, преобладающее большинство

пациентов удовлетворены общим результатом оперативного вмешательства (2, 9, 18, 21, 33). Позитивные изменения физического облика влияют на улучшение психологического статуса (уровень самооценки и уверенность в себе) и социальное функционирование (15, 19, 28, 32, 43).

Однако, несмотря на выявленную корреляцию между телесными изменениями и психологическим состоянием индивида, это две независимые категории. Пациенты могут быть удовлетворены результатами проведенной операции, но при этом не почувствовать изменений психологических характеристик. В то же время отмечаются случаи недовольства технически правильно выполненными хирургическими вмешательствами. Такие важные влияния эстетической хирургии на качество жизни требуют дальнейшего изучения, поскольку навязчивые стремления радикальными способами добиться усовершенствования внешности нередко сопрягаются комплексом личных проблем, психической или социальной дезадаптацией. Так, люди со сверхзависимым складом личности, склонные к социальному конформизму, автоматическому и некритическому присвоению социокультурных стереотипов, чаще прибегают к внешним инструментам устранения недовольства. Страх утраты привлекательности, патологическое абсолютизированное чувство стыда за несоответствие телесного облика социально-профессиональным стандартам могут достичь такой интенсивности, что преобладающие у зависимых, конформных личностей архаические психологические защиты не смогут им противостоять. В таких случаях за злоупотреблением современными технологиями удовлетворения перфекционистской потребности в трансформации телесного облика обнаруживается достаточно обширный круг феноменов аутодеструкции, аддикции, парасуициды, сексуальный и межличностный промискуитет, наркотический стиль отношения к себе и другим людям. Являющиеся частью синдрома диффузии идентичности, свойственного ряду личностных

* Исследование поддержано грантом РГНФ 06 06 00601а

и психосоматических расстройств, они маскируют патологическое отчуждение телесной самоидентичности (6–14, 16, 24, 25, 34, 41, 42). В силу дефицитарности рефлексивных структур самосознания, фрустрации переживаются по преимуществу чувственно телесно, в конверсионной симптоматике, непосредственно моторной разгрузке невыносимого напряжения. Это также попытка до- или невербальной коммуникации с Другим, когда сообщение иначе, как на языке телесных симптомов, не может быть передано (6). Использование прото-языка телесности взрослым – знак бессознательного, язык невыразимой в словах психической травмы и одновременно условие повышения виктимности личностного пространства Другого, делающего его доступным для вторжения Другого, замещения этим Другим пространства личного Я, лишения автономности и самостоятельности в мыслях, чувствах, оценках. Виктимность своим источником имеет, таким образом, как аффективную (психотравму), так и когнитивную составляющую в виде низкой когнитивной дифференцированности (высокой проницаемости) границ Я-Другого, слитности самооценки с ожидаемыми оценками Другого (известный феномен Эхо-самооценки). Функцию репрезентации Я берет на себя почти исключительно телесный пласт самосознания, изолированный от вербальных и осознаваемых средств означивания (6). На этот же феномен указывает виднейший французский психоаналитик Джойс Макдугалл: «Психическая боль и конфликт, которые возникают в результате внутреннего или внешнего стресса, не признаются на уровне вербального мышления и не находят выхода в целом ряде психических проявлений: сновидениях, фантазиях, мыслях или иных формах психической деятельности, а скорее приводят к психотическим решениям галлюцинаторного типа или находят выход в психосоматических проявлениях, как это было в раннем детстве» (5, 62, 63). Сказанное имеет отношение к пациентам с серьезными личностными расстройствами. Вместе с тем, за последние годы в области исследования психологических факторов-предикторов эффективности пластической хирургии накопились наблюдения, позволяющие связывать случаи неудачного хирургического вмешательства с психическим неблагополучием пациентов – потребителей услуг эстетической хирургии. На обоснованность данного предположения указывают данные, полученные с 1960-х годов по настоящее время рядом зарубежных исследователей. Оказалось, существуют потенциальные группы риска, для которых характерно временное или длительное психическое расстройство в послеоперационный период, несмотря на кажущееся благополучие исхода операции. Основными факторами риска считают следующие критерии: возраст до 24 лет, мужской пол, нереалистичные представления о процедуре, минимальные физические недостатки, а также наличие депрессии, тревожности или личностного расстройства в анамнезе. Среди предпосылок не-

гативного исхода операции особенно выделяется дисморфофобия, распространенность которой у пациентов эстетической хирургии возросла с 1977 года на 12,4% (29, 31, 35, 36, 37, 40). В исследованиях психопатологической коморбидности психических нарушений по DSM-IV выявлено у мужчин – пограничное личностное расстройство (40,0%), нарциссизм (20,0%), депрессия (20,0 %); у женщин – пограничное личностное расстройство (28,0%), обсессивно-компульсивное расстройство (24,0%), нарциссизм (20,0%) (27, 39). Таким образом, становится очевидна практическая значимость исследования особенностей личностной организации пациентов эстетической хирургии, с целью предотвращения хирургического вмешательства при неадекватной мотивации, пограничного или психотического состояния. Изучение личностных особенностей пациентов эстетической хирургии представляет специальный интерес и для клинической психологии, в решении таких ее традиционных проблем как психосоматические взаимоотношения в клинике пограничных личностных расстройств.

Цель данной статьи состоит в теоретическом обосновании независимой психологической оценки пригодности пациентов к хирургическому вмешательству по объективным немедицинским показателям.

Материал и методы

В исследование было включено 128 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст $41,8 \pm 18,0$ лет), обратившихся в отделение пластической и реконструктивной хирургии ГУЗ ДБВЛ НПРЦ «Бонум» (г. Екатеринбург) с запросами на эстетическое хирургическое преобразование внешности. Все отобранные пациенты не имели витальных показаний к оперативному вмешательству и клинических противопоказаний к операциям.

Пациенты включались в исследование исключительно добровольно, каждый имел возможность получения обратной связи и, при необходимости, психотерапевтической помощи в дальнейшем. Было проведено комплексное обследование в до- и послеоперационных периодах с применением методов:

- опросника невротических расстройств (ОНР) для выявления невротических и невротоподобных нарушений в соматической и психической сфере и их динамики в лечебно-реабилитационном процессе в модификации Л.И.Вассермана;
- теста юмористических фраз (ТЮФ), предложенного А.Г.Шмелевым для диагностики мотивационной сферы личности;
- тематического апперцепционного теста (ТАТ Г.Мюррея) для исследования глубинных, часто неосознаваемых потребностей, конфликтов, комплексов, смысловых установок личности;
- диагностической процедуры анализа речевых высказываний (1);
- диагностического интервью по О.Кернбергу для определения типа структурной личностной организации.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0 в среде Windows, использовались критерий Манна-Уитни и корреляционный анализ по Спирмену, коэффициент корреляции Пирсона.

Были проанализированы некоторые социально-демографические характеристики пациентов, включенных в исследование. Большинство пациентов составляли женщины (95,0%), что свидетельствует об их большей приверженности следовать социально заданным стандартам внешности, а также о невротических предожиданиях, связанных с возможной утратой социальных или семейных позиций. По уровню образования среди всех пациентов преобладали ($p < 0,001$) лица с высшим, неполным высшим и средним специальным образованием (76,7%), для которых более выражено стремление к повышению социально-профессионального статуса и поискам путей упрочения межличностных взаимосвязей. Тем более, что в результате анализа семейного положения пациентов были получены данные о преимущественном обращении к эстетической хирургии лиц, состоящих в браке (63,3%).

С целью выяснения роли внешних факторов (других людей или обстоятельств), способствующих изменению внешности, пациентам был предложен небольшой опросник. В результате было установлено, что 75,0% женщин и 100% мужчин имеют высокий стабильный личный доход и оплачивают операцию самостоятельно из собственных средств. Большинство пациентов (62,2%) получило поддержку и одобрение со стороны членов семьи в реализации намерений, связанных с операцией. Эти данные позволяют говорить о том, что в обществе определилась категория достаточно успешных людей, для которых возрастные изменения и внешняя (физическая) респектабельность являются катастрофичными для самореализации, как в социальном, так и личном плане, и субъективно атрибутируются ими к возможным неудачам в профессиональной деятельности и сфере межличностного взаимодействия. С другой стороны – это индикатор внутренней стабильности и интегрированности, соразмерности внутреннего и внешнего, константности осознания себя и самоидентичности.

При обсуждении результатов эмпирического исследования мы будем использовать понятие «пограничная личностная организация» или «пограничная личность», которое не совпадает с принятой в отечественной психиатрии терминологией и является самостоятельной диагностической категорией для определения уровня личностной патологии пациента (2, 3, 5, 7).

Результаты исследования

В качестве основного мотива, побудившего к операции, большинство пациентов (90,9%; $p < 0,001$) указали на желание нравиться себе и окружающим; и лишь 8,2% отметили, что решились на хирургическое вмешательство после нелестных замечаний

окружающих людей, либо под влиянием угрозы разрыва отношений со значимыми другими или угрозы потери работы. Следовательно, в большинстве случаев результат, достигнутый пластическим хирургом, удовлетворяющий заявленным требованиям, должен способствовать повышению качества жизни, развитию внутреннего потенциала и социально-профессиональной активности личности.

В целях эмпирической проверки был осуществлен сравнительный анализ субъективных проявлений невротических и невротоподобных нарушений до и после операции с помощью опросника ОНР, по 15 шкалам, отобранным в связи с целью исследования. Как оказалось, по 11 шкалам обнаружена тенденция к повышению показателей в послеоперационный период, на 8–10 сутки после операции, то есть непосредственно перед выпиской. Для пяти шкал достигнут уровень статистической значимости (определен с помощью критерия знаков). Это шкалы: 1 – ухудшение состояния ($p < 0,01$); 2 – колебание интенсивности жалоб ($p < 0,01$); 4 – повышенная возбудимость ($p < 0,05$); 5 – переживание своей малоценности ($p < 0,05$); 8 – нарушение социальных контактов ($p < 0,05$). Можно предположить, что после эстетической операции невротическое состояние не только нарастает у 36,7% пациентов ($p < 0,05$), но и, при определенных условиях, может приобрести характер расстройства в дальнейшем. Динамика показателей по указанным выше пяти шкалам в послеоперационный период представлена на рис. 1.

На основании сравнения характерной динамики показателей испытуемых по всем 15 шкалам ОНР в до- и послеоперационный период выделено три группы пациентов в соответствии с преобладающей

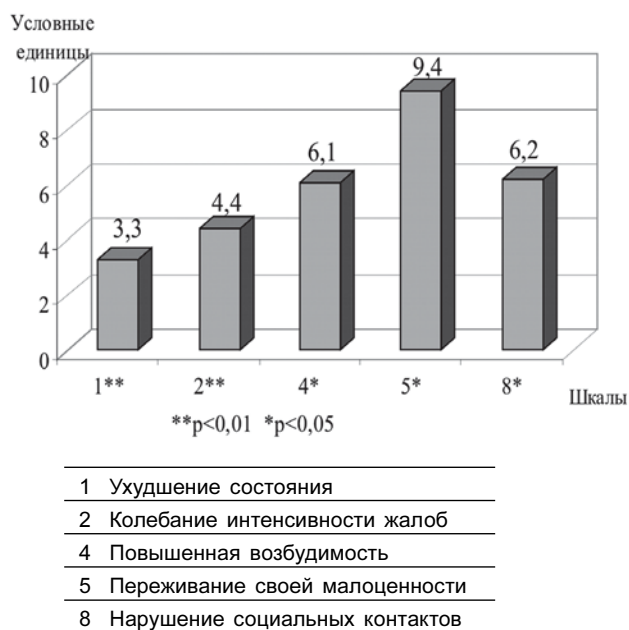


Рис. 1. Рост показателей по шкалам ОНР, для которых достигнут уровень статистической значимости, в послеоперационный период в условных единицах

тенденцией к повышению показателей или снижению показателей, а также их относительной сбалансированностью в пределах нормативного показателя. Группы представлены на рис. 2.

Более чем для половины пациентов (56,6%) сам факт хирургического вмешательства оказывается несущественным в плане изменений невротического статуса. Однако у значительной части (36,7%) отмечается усиление переживаний по поводу того, как их телесные изменения будут восприняты окружающими.

В ходе исследования мотивационной сферы личности пациентов в дооперационный период с помощью теста юмористических фраз (ТЮФ) были получены данные, выявляющие структуру профиля мотивационных тем (рис. 3).

Представленные результаты демонстрируют иерархию напряженности мотивационных тем в целом по выборке. Появление сверхкрупных классов, составленных из однозначных и многозначных

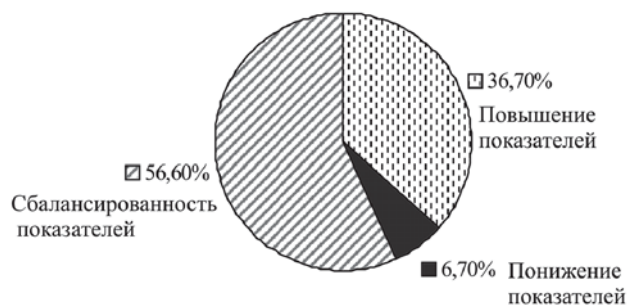


Рис. 2. Соотношение трех групп пациентов, выделенных на основе динамики показателей невротических и невротизоподобных нарушений в послеоперационный период

стимулов – агрессия (самозащита), взаимоотношения полов, семейные неурядицы – свидетельствует о сверхзначимой (доминирующей) мотивации, как правило, лежащей в основе запросов на эстетическую хирургию. В то же время, показатели напряженности мотивационной темы (максимальное значение) отражают силу преграды (фрустратора) потребности быть принятым значимыми другими. Обнаруженный феномен является принципиально важным для понимания глубинных комплексов пациентов клиники эстетической хирургии. Наиболее гипертрофированными оказались мотивы, связанные с коммуникативной сферой – «семейные неурядицы» ($p < 0,05$) и с экзистенциальной проблемой личности – «агрессия (самозащита)» ($p < 0,05$), усиливающиеся в контексте высоких показателей по теме «взаимоотношения полов» ($p < 0,05$).

Исследование корреляционных связей между шкалами ОНР и ТЮФ показывает, что для 15 (33,3%) из 45 коэффициентов положительная или отрицательная корреляция достигает уровня статистической значимости (табл. 1).

Согласно полученным результатам, повышенная возбудимость – шкала 4 ОНР в послеоперационный период высоко положительно взаимосвязана с мотивационной темой «карьера», что, на наш взгляд, выявляет действие защитного механизма отрицания. Как отмечено выше, основная часть пациентов не рассматривает предстоящую эстетическую операцию в качестве средства для профессионального и социального продвижения по служебной лестнице. Наряду с этим, заслуживают внимания корреляционные взаимосвязи шкалы 2 ОНР – колебание интенсивности жалоб: положительные с темами

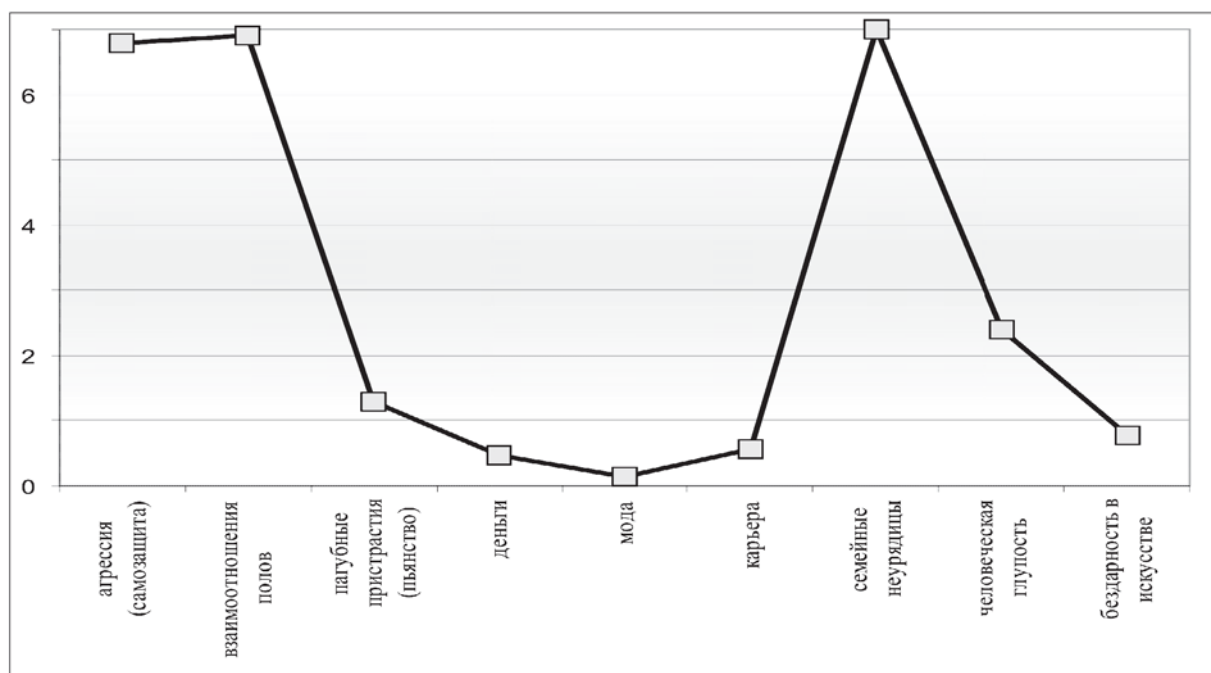


Рис. 3. Усредненный мотивационный профиль личности пациентов по результатам ТЮФ (n=128)

Таблица 1

**Корреляционные взаимосвязи показателей ОНР
(статистически значимые результаты)
и мотивационных тем ТЮФ (n=128)**

Шкалы ТЮФ	Шкалы ОНР				
	1	2	4	5	8
Агрессия		0,463*			
Взаимоотношение полов	-0,350*	-0,496*			
Пьянство				0,318*	
Деньги	0,309*				-0,386*
Мода					0,489*
Карьера		0,423*	0,565**		0,306*
Семейные неурядицы	-0,525*	-0,305*			-0,491*
Человеческая глупость	-0,308*			-0,468*	
Бездарность в искусстве					

Примечание: представлены только значимые корреляционные взаимосвязи.

«агрессия» и «карьера» и отрицательные с темами «взаимоотношения полов» и «семейные неурядицы» ТЮФ. Это можно расценивать как особого рода защитную потребность в перманентной гипомании, избавляющей от депрессии, обусловленной необходимостью выжить в ситуации обостренной социальной конкуренции. Это подтверждается свойственным для пациентов вариантом самоутверждения за счет обладания внешними атрибутами – мода на эстетическую хирургию.

Значимые результаты получены путем фоносемантического анализа тестов испытуемых (рассказы, составленные по таблицам ТАТ Г.Мюррея), проведенного с использованием программы Diaton, составленной по данным А.П.Журавлева, разработанной экспериментальным путем с допустимым

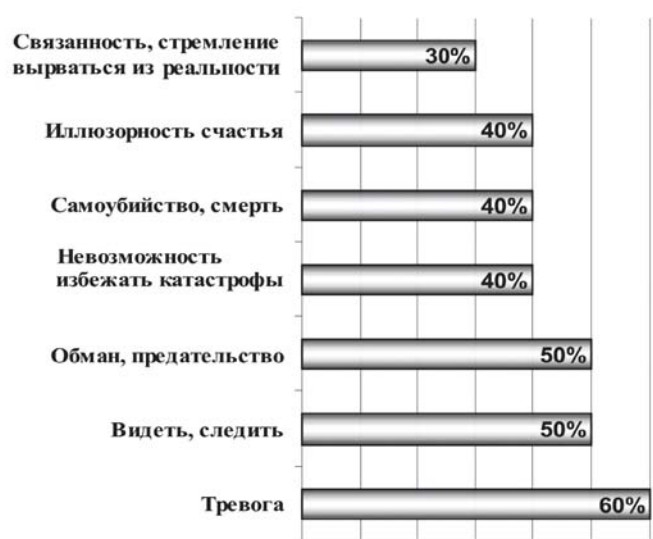


Рис. 4. Частота (в процентном соотношении) встречаемости тематических доминант в рассказах испытуемых

коэффициентом надежности ($r > 0,85$). На основе выявления инвариантных семантических структур были выделены преобладающие тематические доминанты (рис. 4).

Как оказалось, некоторые таблицы для большинства пациентов несут особую смысловую нагрузку. Так, табл. 17 (ТАТ Г.Мюррея), выявляющая страхи, тенденцию бегства от чего-то, ожидания в отношении какой-то сложной ситуации, иногда суицидальные тенденции, имеет специфику в обследуемой группе. Тринадцать пациентов (10,1%) отказались составлять рассказ только по данной таблице, объясняя это непонятностью изображенной ситуации; 17 пациентов (13,3%) показали максимальное латентное время (от 43 сек. до 1 мин. 25 сек.) с момента предъявления таблицы до начала рассказа. По нашему мнению, это еще раз подтверждает высокий уровень тревожности пациентов на момент выписки из клиники.

Исследование репрезентаций смысла «причины обращения к эстетической хирургии» в диалогах врача и пациента с помощью специально разработанной диагностической процедуры анализа речевых высказываний (2) позволило выделить в тексте запросов многократно повторяющиеся «клише». Наблюдения за дискурсивной деятельностью «потенциальных» пациентов осуществлялись в ходе беседы при первичном посещении ими клиники. Анализировалось качество речевых высказываний, их внутренняя связность, возможность выделить «подлежащее», полнота формулировок, субъектность. По данным критериям условно определены три группы, которые демонстрирует табл. 2.

Проведение диагностического интервью (по О.Кернбергу) в период, предшествующий операции, позволило собрать дополнительную информацию о пациентах с точки зрения структурной личностной организации в целом и ее подструктур: идентификация идентичности, типичные психологические защиты, способность к тестированию реальности.

Обсуждение результатов и выводы

Обобщенный анализ всех полученных результатов позволяет не только понять особенности мотивационно-личностных детерминант обращений пациентов в клинику эстетической хирургии, но и предположить возможные сценарии использования полученного «хирургического» эффекта в целях преобразования значимых жизненных ситуаций и обстоятельств в дальнейшем.

Мы полагаем, что обнаруженные характеристики являются индикаторами структурных особенностей психики пациентов и могут быть классифицированы с позиций структурной личностной организации. Если для одних пациентов смысл эстетической хирургической операции состоит в избавлении от изъяна, лишаящего их возможности максимально реализовать сексуальную привлекательность, которая имеет ненасыщаемый характер, и потому они с присущим оптимизмом переносят

Характеристики речевого поведения

<i>Качество речевых высказываний</i>		
Ясно обозначаемое субъективное несогласие со своим внешним обликом, обусловленное возрастными изменениями или социально-профессиональным статусом	Поверхностность высказываний, стереотипные фразы, отражающие социальные стандарты молодости и красоты, ссылки на других людей или авторитеты	Построение системы доказательств, оправдывающей настойчивое стремление «остановить время любой ценой»
<i>Внутренняя связность, отчетливость</i>		
Точное указание на желаемые преобразования внешнего облика, прагматизм	Размытость запроса, стремление переложить ответственность за выбор на хирурга	Требование технически трудно осуществимых преобразований, их нереальность
<i>Субъектность</i>		
Выражение уверенности в получении хорошего результата	Многочисленные попытки вникнуть в профессиональные «тонкости» работы хирурга, примеры негативных результатов, полученных другими пациентами	Указания на необходимость многократного обращения к эстетической хирургии

восстановительный период, необходимые лечебные процедуры, интересуются результатами проведенного психодиагностического обследования. Поведение и внешний облик у многих пациенток данной группы носит сексуально-провокационный характер, в условиях клиники они, как правило, стремятся занять позицию любимой, самой значимой, особой пациентки пластического хирурга. Им не свойственны депрессивные переживания отрешенности, болезненного ожидания последствий оперативного вмешательства, при этом мастерство и профессионализм хирурга никоим образом не ставится под сомнение. Как показывают наши наблюдения, пациенты этой группы неоднократно обращаются к эстетической хирургии, что позволяет им таким образом реализовать гиперактивность, сопровождающуюся значительным расходом энергии, жестокость по отношению к себе, всеобъемлющую сексуальность и огромную зависть к окружающим, которая скрывается за панцирем авторитаризма и уверенности в себе. По-видимому, здесь представлена группа пациентов, которые составляют более половины тех, кто обращается в клинику эстетической хирургии.

Наряду с этим есть пациенты, которые посредством обращения к эстетической хирургии, реализуют свойственную им личностную патологию от ситуационно обусловленных болезненных состояний, не изменяющих самосознание личности, до острых пограничных и психотических нарушений тестирования реальности. Именно поэтому так важно было эмпирически обозначить маркеры, позволяющие уже в предоперационный период выявить пациентов, для которых высока вероятность негативного исхода. Любое, даже самое удачное хирургическое вмешательство не приносит им желаемого эмоционального состояния и улучшения психологического статуса. Мы полагаем, что об этом свидетельствует тенденция к повышению по шкалам ОНР «переживание своей малоценности» и «нарушение социальных контактов» в послеоперационный период, выявленная более чем у трети пациентов. По-видимому, можно говорить о болезненном нара-

стании депрессии, обусловленной нарциссическим центрированием на лучшем будущем и невозможностью принять настоящее. Данное состояние характерно для женщин, обращающихся по поводу ринопластики, пластики век и абдоминопластики (в порядке возрастания неадекватности запроса) и мужчин, требующих ринопластику и проведение круговой подтяжки лица. Нереалистичные ожидания таких пациентов, по-видимому, связаны с полным или частичным нарушением реальности, что вполне подтверждается представленной иерархией тематических доминант по ТАТ Г.Мюррея. Поэтому интрапсихические проблемы, требующие разрешения, проецируются на определенные части тела или лица, происходит концентрация внимания на определенных зонах, вызывающих беспокойство, которые и являются предметом хирургического вмешательства. Однако, несмотря на проведенную операцию, сфокусированность на данном участке тела не исчезает, побуждая пациентов к дальнейшим поискам подходящего пластического хирурга и клиники. В силу действия нерелефлексированных защитных механизмов для данной группы пациентов характерна неопределенность при формулировании запроса и максимальная «самоустранимость» при ссылках на требования времени, социума, моды и прочее.

Такое доминирование телесного уровня переживаний по сравнению с уровнем произвольного психического регулирования поведения и деятельности свидетельствует о пограничной личностной организации определенной части пациентов эстетической хирургии. Как показывают результаты проведенного исследования, количество таких пациентов колеблется от 17,1% до 36,7%. Данное патологическое состояние выступает в качестве защитной организации с очень мощными внутренними детерминантами, и по этой причине даже врачи, следующие психотерапевтически ориентированной лечебной идеологии, терпят неудачу в ведении таких пациентов. При столкновении с внешним или внутренним психическим конфликтом пациенты с пограничной личностной организацией, прежде всего, пережива-

ют ситуации гнева или агрессии, которая, в рамках доступного им языкаотреагирования, оборачивается на тело. Очевидными реакциями на деструктивные фантазии и переживания становятся варианты «самоповреждающего», парасуицидального поведения без какого-либо проявления симптомов сексуального характера, выявляемых у пациентов с невротической личностной организацией.

Таким образом, учитывая потенциальные риски хирургического вмешательства, становится очевид-

ной необходимость психологического сопровождения пациентов на всех этапах пребывания в клинике, а также совместная деятельность пластических хирургов, психиатров и клинических психологов. Важнейшим условием позитивного исхода обращения является проведение адекватного психологического тестирования у потенциальных пациентов эстетической хирургии. В ряде случаев необходима комбинация назначения соответствующих препаратов и когнитивно-поведенческой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранская Л.Т., Блохина С.И., Леонов А.Г., Соколова Е.Т., Ткаченко А.Е. Психологическое сопровождение лечебного процесса как способ управления мотивами пациентов (на примере эстетической хирургии) // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 5. – С. 44–51.
2. Баранская Л.Т., Леонов А.Г., Блохина С.И. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. – Екатеринбург: «СВ-96», 2005.
3. Бержере Ж. Психоаналитическая патопсихология: теория и клиника. Пер. с франц. А.Ш.Тхостова. – М.: МГУ им. М.В.Ломоносова, 2001.
4. Кочетков Я.А., Соколова Е.Т. Объектные отношения у пациентов с паническим расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 2. – С. 10–14.
5. Макдугалл Дж. Театры тела: Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств. Пер. с франц. – М.: «Когито-Центр», 2007.
6. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах // Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Под ред. Е.Т.Соколовой, В.В.Николаева. – М.: SvR-Аргус, 1995. – Ч. 1.
7. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.
8. Соколова Е.Т. Человек-нарцисс: портрет в современном социокультурном контексте // Психология. Современные направления междисциплинарных исследований / Под ред. А.Журавлева, Н.Тарабиной. – М.: Институт психологии РАН, 2003. – С. 126–138.
9. Соколова Е.Т., Блохина С.И., Леонов А.Г., Баранская Л.Т. Предварительное обсуждение проблемы реабилитации в эстетической хирургии // Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации / Под ред. С.И.Блохиной, Л.Т.Баранской. – Екатеринбург: «СВ-96», 2005. – С. 169–177.
10. Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С., Леонтиу Ф. К обоснованию клинико-психологического изучения расстройств гендерной идентичности // Вопросы психологии. – 2001. – № 6. – С. 3–17.
11. Соколова Е.Т., Ильина С.В. Роль эмоционального опыта насилия для самоидентичности женщин, занимающихся проституцией // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21, № 5. – С. 70–81.
12. Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 103–116.
13. Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Связь психологических механизмов защиты с аффективно-когнитивным стилем личности // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. – 2006. – № 2. – С. 12–29.
14. Соколова Е.Т., Чельнишкая Е.П. Психология нарциссизма. – М.: Психологический коллектор, 2001.
15. Biby E. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder // J. Clin. Psychology. – 1998. – Vol. 54. – P. 489–499.
16. Druss R.G., Symonds F.C., Crikelaire G.F. The problem of somatic delusions in patients seeking cosmetic surgery // Plast. Reconstr. Surg. – 1971. – Vol. 48. – P. 246.
17. Edgerton M.T., Jacobson W.E., Meyer E. Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: Ninety-eight consecutive patients with minimal deformity // Br. J. Plast. Surg. – 1960. – Vol. 13. – P. 136.
18. Edgerton M.T., Langman M.W., Pruzinsky T. Plastic surgery and psychotherapy in the treatment of 100 psychologically disturbed patients // Plast. Reconstr. Surg. – 1991. – Vol. 88. – P. 594.
19. Ferraro G.A., Rossano F., D'Andrea F. Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery // Aesth. Plast. Surgery. – 2005. – Vol. 29, N 3. – P. 184–189.
20. Goin M.K., Burgoyne R.W., Goin J., Staples F.R. A prospective psychological study of 50 female face-lift patients // Plast. Reconstr. Surg. – 1980. – Vol. 65. – P. 436.
21. Goin M.K., Rees T.D. A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty // Ann. Plast. Surg. – 1991. – Vol. 27. – P. 210.
22. Honingman R.J., Comm B., Philips K.A. et al. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery // Plast. Reconstr. Surg. – 2004. – Vol. 113, N 4. – P. 1229–1237.
23. Hueston J., Dennerstein L., Gotts J. Psychological aspects of cosmetic surgery // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. – 1985. – Vol. 4. – P. 335.
24. Jacobson W.E., Edgerton M.T., Meyer E. et al. Psychiatric evaluation of male patients seeking cosmetic surgery // Plast. Reconstr. Surg. – 1960. – Vol. 26. – P. 356.
25. Kilman P.R., Sattler L., Taylor J. The impact of augmentation mammoplasty: A follow-up study // Plast. Reconstr. Surg. – 1987. – Vol. 80. – P. 374.
26. McLaughlin J.K. Epidemiological study: a link between cosmetic surgery and suicide // Am. J. Epidemiol. – 2001. – Vol. 164. – P. 334.
27. Meisler J.G. Toward optimal health: The experts discuss cosmetic surgery // J. Women's Health Gender Based Med. – 2001. – Vol. 9. – P. 13.
28. Meyer E., Jacobson W.E., Edgerton M.T., Canter A. Motivational patterns in patients seeking elective plastic surgery // Psychosom. Med. – 1960. – Vol. 22. – P. 193.
29. Meyer L., Ringberg A. Augmentation mammoplasty: Psychiatric and psychosocial characteristics and outcome in a group of Swedish women // Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. – 1987. – Vol. 21. – P. 199.
30. Nystrom G., Smith R. and Associates. An inside look at cosmetic surgery // American Chronicle. – March 4, 2007.
31. Ohjimi H., Shioya N., Ishigooka J. The role of psychiatry in aesthetic surgery // Aesth. Plast. Surg. – 1988. – Vol. 12. – P. 187–190.
32. Overholser J.C., Adams D.M., Lehnert K.L., Brinkman D.C. Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents // Am. Academy Child and Adolescent Psychiatry. – 1995. – Vol. 34. – P. 919–928.
33. Pruzinsky T. Psychological factors in cosmetic plastic surgery: Recent developments in patient care // Plast. Surg. Nurs. – 1993. – Vol. 13. – P. 64.
34. Phillips K.A., Grant J., Siniscalchi J., Albertini R.S. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder // Psychosomatics. – 2001. – Vol. 42. – P. 504.
35. Phillips K.A., Diaz S.F. Gender differences in body dysmorphic disorder // J. Nerv. Ment. Dis. – 1997. – Vol. 185. – P. 570.
36. Rosen J., Reiter J., Orosan P. Cognitive-behavioural body image therapy for body dysmorphic disorder // J. Consult. Clin. Psychology. – 1995. – Vol. 63. – P. 263–269.
37. Sarwer D.B. The obsessive cosmetic surgery patient: A consideration of body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder // Plast. Surg. Nurs. – 1997. – Vol. 17. – P. 193.
38. Sarwer D.B., Wadden T.A., Pertschuk M.J., Whitaker L.A. The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization // Clin. Psychol. Rev. – 1998. – Vol. 18. – P. 1.
39. Stator R., Harris D.L. Are rhinoplasty patients potentially mad? // Br. J. Plast. Surg. – 1996. – Vol. 20. – P. 153.
40. Vindigni C., Pavan M., Semenzin S. et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? // Eur. J. Plast. Surg. – 2002. – Vol. 25. – P. 305–308.
41. Vargel S., Ulusahin A. Psychopathology and body image in

cosmetic surgery patients // *Aesth. Plast. Surg.* – 2001. – Vol. 25. – P. 474–478.

42. Veale D., Boocock A., Gournay K. et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 169.

– P. 196–201.

43. Watson D., Suls J., Haig J. Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity // *J. Person. Soc. Psychol.* – 2002. – Vol. 83. – P. 185–197.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL GROUNDS FOR THE EFFECTIVENESS OF AESTHETIC SURGERY

E. T. Sokolova, L. T. Baranskaya

It is well known that the achievement of high living standards that give human beings the possibility to be active and creative members of society is connected, among other things, with successes in plastic, reconstructive and aesthetic surgery. The past decade has witnessed a steady growth in the demand for such services. Literature shows that most of the patients are quite satisfied with the result of the said surgery. Positive changes in the physical appearance help to raise the psychological status of an individual (the level of self-esteem and confidence) and the way the person carries out his/her social functions.

Though we do see a correlation between body changes and the psychological state of the person, these two characteristics are quite independent of each other. That is why the great effect that aesthetic surgery has on the standard of life is still to be studied. For instance, it has become known that radical methods of changing an individual's appearance for the better may give

birth to a whole complex of psychic health problems – from neurotic disorders to psychopathology.

Empirical research material of personal characteristics of patients that had undergone restorative, reconstructive and plastic surgery at the Scientific Center “BONUM” (Ekaterinburg) has shown that in more than 30% of the cases there is potential surgery risk in patients with non-medical indications. The main “risk group” consists of borderline patients for whom all body changes turn out to be destructive fantasies that lead to depressions. This pathological state has its very strong internal intra-psychic determinants, and for this reason even the most well equipped surgeons fail in the treatment of these patients. That is why there are more chances to achieve a positive aesthetic surgery result if patients undergo an adequate psychological test that would show the reasons for their desire. In a number of cases a combination of preparations and cognitive-behavioral therapy is required.

ОПЫТ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

П. В. Ситчихин, С. А. Безнос

Краснодар

В настоящее время происходит реструктуризация системы здравоохранения (12), в том числе психиатрии с целью повышения эффективности реабилитации лиц с психическими расстройствами (6, 8, 19). «Реабилитация психически больных состоит в их ресоциализации, возможно более полном восстановлении (сохранении) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса» (10). Наиболее эффективным является психосоциальный подход – обеспечение равновесия между психической жизнью человека и социальными взаимоотношениями, влияющими на его жизнедеятельность. В своей работе мы руководствуемся определением психосоциальной реабилитации как комплекса мероприятий по восстановлению или формированию недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество (6).

Непосредственными исполнителями социального аспекта реабилитации в муниципальном учреждении здравоохранения психиатрическая больница (ПБ) г.Краснодара являются специалисты по социальной работе и социальные работники (16). Эффективность работы подобных служб психиатрических учреждений в постоянно меняющихся условиях – непростая управленческая проблема, скупо освещенная в литературе (2, 9, 13, 14, 18, 20).

Основные трудности управления заключаются не только в особенностях обслуживаемого контингента и ограниченности возможностей материального стимулирования персонала, но и быстро меняющихся социальных условиях, что требует нестандарт-

ного подхода. Спрос на мероприятия социальной реабилитации в лечебных учреждениях подвержен значительным колебаниям, так как его формируют социальные процессы (демографические процессы; повышение или уменьшение благосостояния населения; изменение процедур оформления документов, льгот; изменение подходов к мероприятиям социальной защиты и т.д.), а также рост первичной инвалидности (12).

В 2005 году в г.Краснодаре состояло под наблюдением 6 179 инвалидов по психическим расстройствам, 718 инвалидов до 18 лет по психическим расстройствам, 636 недееспособных граждан. Многие из них для решения социальных вопросов обращаются в службу социальной реабилитации больницы.

Получение справок, утрата документов, несвоевременное их переоформление и переводы в ПНИ (психоневрологический интернат) – это самые распространенные случаи, с которыми сталкиваются социальные работники ПБ (4). Из более чем 5 500 госпитализированных в больницу за год потребность оформления нового паспорта возникает не менее чем у 130 человек (2,5%). Справок о размерах пенсии и ежемесячных выплатах социальные работники запрашивают не менее 95 в месяц, из РЭПов – по 30–40 в месяц (более 250 за 2005 г. по больнице), БТИ и юстиции – 12–15 в месяц (292 за 2005 г.). В 2005 году социальными работниками стационара управления социальной защиты населения (УСЗН) посещались более 450 раз, паспортно-визовая служба – 340 раз. Мероприятия по восстановлению юридического статуса необходимо было проводить наряду с другими составляющими психосоциальной реабилитации пациентов больницы.

С точки зрения маркетинга необходимо прогнозировать спрос на оказываемые услуги и влиять на

Таблица 1

Уровень первичной инвалидности среди населения Краснодарского края по психическим расстройствам

Показатель	2003		2004		2005	
	Абс.	На 100000	Абс.	На 100000	Абс.	На 100000
Всего впервые признанных инвалидами	33426	85,92	39884	98,64	60000	148,38
Из них психические расстройства	1355	3,48	1410	3,49	1661	4,1

него (1–3, 11, 12, 18). Это позволяет избежать «авральных» работ и незагруженности сотрудников, позволяет управлять качеством оказываемых услуг. Поэтому для эффективной работы службы социальной реабилитации психиатрического учреждения необходимы анализ и долгосрочный прогноз социальных процессов на обслуживаемой территории.

Цель работы показать максимальную эффективность управления качеством оказания социальных услуг при использовании анализа и долгосрочного прогноза социальных процессов на обслуживаемой территории с использованием элементов формирования позитивного или негативного спроса на социальные услуги.

Динамика социальных процессов может быть обусловлена внутренними или внешними причинами или сформирована правительством государства. Анализ и прогноз изменений нормативной базы РФ проводится юристом учреждения, анализ и прогноз социальных процессов осуществляется администрацией ПБ.

Объектом изучения явилось функционирование службы социальной реабилитации (далее ССР) в муниципальном учреждении здравоохранения психиатрическая больница г.Краснодара как системы оказания социальных услуг наименее социально защищенной категории граждан, страдающих психическими расстройствами.

МУЗ психиатрическая больница – крупное лечебно-профилактическое учреждение г.Краснодара, которое осуществляет все виды специализированной психиатрической помощи взрослому и детскому населению. Всего в лицензии больницы №23-01-000031 от 02.12.2004 года указан 51 вид работ и услуг по оказанию медицинской помощи. Учреждение открыто 29.10.1976 года и на 01.01.2006 года рассчитано на 1 025 коек (18% коечного фонда г.Краснодара и 16% всех психиатрических коек края).

Как известно, в стационар поступают больные с максимальной выраженностью психических расстройств, и, как правило, с наибольшей трудностью в решении социальных проблем.

Служба социальной реабилитации ПБ создана с целью осуществления комплекса мероприятий по социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами

Основными задачами службы являются (16): социальная реабилитация лиц с психическими расстройствами, в том числе инвалидов; осуществление реабилитационных мероприятий по восстановлению психического здоровья и социального статуса лиц с психическими расстройствами; обучение навыкам независимого проживания.

ССР ПБ представлена специалистами по социальной работе и социальными работниками. Службой социально-реабилитационной помощи руководит заместитель главного врача по медицинской части и реабилитации. Сотрудники ССР – специалисты, владеющие методами индивидуальной и групповой

работы с пациентами по их социальной адаптации, тренингу коммуникативных навыков; методами социально-правовой защиты пациентов; методами взаимодействия с учреждениями и организациями, участвующими в оказании социальной помощи (20). Они осуществляют свою деятельность как на территории больницы, так и за ее пределами. При проведении мероприятий по обследованию материально-бытовых и производственных условий пациента, при восстановлении или изменении социального статуса пациента, при работе с его документами вне больницы характер работ является выездным (16). Специалисты по социальной работе и социальные работники являются частью полипрофессиональных бригад (6).

В 2002 году администрацией больницы проанализированы нормативно-правовое поле реабилитационных отношений и социальные тенденции среди обслуживаемого учреждением контингента г.Краснодара (18, 21). Изучен контингент для оказания социальной помощи. Наибольшее внимание уделяется недееспособным, одиноким, малоимущим гражданам, утратившим социальные связи, а также не имеющим документов, регистрации в г.Краснодаре и/или средств к существованию.

Среди поступающих в больницу первое ранговое место продолжают занимать страдающие шизофренией (1 667 чел. – 36,1 % всех поступивших), II место – органическими непсихотическими расстройствами (991 чел. – 21,5 %), III – органическими психозами и слабоумием (765 чел. – 16,5 %), IV место – невротическими расстройствами (426 чел. – 9,2 %), V место – поведенческими синдромами и расстройствами личности (186 чел. – 4,0 %) (21).

С 2002 года были приняты следующие решения:

1. Проводить постоянные занятия подготовки персонала, тренинги сотрудников.

2. Провести мероприятия по укомплектованию штатов.

3. Разработать систему контроля качества и сроков выполнения мероприятий по реабилитации и поэтапно ее внедрить.

Для этого в течение 2003–2005 гг. совместно со специалистами по социальной работе еженедельно проводились семинары и тренинги социальных работников. Изучался богатый опыт психиатрических учреждений России (5–7, 19, 20). По мере необходимости для расширения опыта сотрудников ССР привлекались другие специалисты – психологи, психотерапевты, психиатры. На занятиях социальные работники также приобретали практический опыт ведения групповой работы.

Использован богатый практический опыт Ставропольской краевой психиатрической больницы 2001–2003 гг. по укомплектованию штатов. На должности социальных работников также начали приглашать, в числе прочих, лиц с неоконченным высшим психологическим образованием. В 2002 году укомплектованность социальными работниками

Показатели психообразовательной работы больницы

Мероприятия	2004	2005	2006
Всего психообразовательных занятий	184	395	931
Всего обучено человек	152	365	621

составляла 7,6%, на конец 2003 года достигла 14,41%, в 2004 году – 24,35%, в 2005 году – 26,89%, в 2006 году – 38,2%. В 2003 году разработана документация (номенклатурные дела), введена новая форма учета социальной реабилитации в отделении (ежемесячный отчет социального работника, карты обследования и реабилитации логопеда, педагога, детского психолога).

После окончания основного объема работ по замене паспортов старого образца на новый, акцент был перемещен на групповую работу. В 2003 году начата работа в малых группах (арт-терапия, коммуникативные навыки, психообразовательная программа). Среднее число пациентов в группе составляло 4–7 человека. В дальнейшем количество пациентов в группе увеличилось до 8–12 человек в связи с увеличением теоретического и практического опыта ведущих. С 2004 года начато активное внедрение групповой работы по психообразовательной программе и нейрокогнитивному дефициту согласно современных подходов (4, 6, 7).

Увеличение количества социальных работников позволило увеличить объем выполняемой работы.

С 2003 года ежеквартально проводится анализ пребывания больных на стационарном лечении по социальным показаниям (часть системы контроля качества и сроков выполнения мероприятий по реабилитации). С 2005 года изменена форма отчета по всем видам групповой работы, что позволило проводить более качественный анализ.

После укомплектования службы социальной реабилитации социальными работниками (в каждом отделении не менее 1 физического лица) с 2005 года организована сдача ежемесячных отчетов по социальной реабилитации по отделениям. Это позволило сравнивать отделения по выполненным объемам и видам реабилитационных мероприятий. В данном случае появилась дополнительная ступень контроля и оценки качества социальных услуг – заведующий отделением.

Для этого с 2005 года ставки социальных работников переданы в отделения, что позволило непосредственному руководителю подразделения более эффективно планировать мероприятия по социаль-

ной реабилитации, в том числе на длительный срок, и расширило возможности материально стимулировать социального работника из фонда оплаты труда сотрудников отделения.

Переход физических лиц повысил специализацию социальных работников согласно профилю отделения. Как следствие, наблюдалось улучшение качества групповой работы (пациенты продуктивней взаимодействуют с постоянным социальным работником, уменьшился процент отказов от групповой терапии). Произошло приближение исполнителя к потребителю социальных услуг.

В 2005 году, по сравнению с 2004 годом, в 1,54 раза увеличилось количество посещений УСЗН и в 1,35 раза возросло количество обращений в суд (в основном для защиты прав пациентов), в 1,46 раза возросло количество групповых занятий и 1,5 раза – число посетивших группы. Это свидетельствует об имеющихся больших резервах службы социальной реабилитации.

В 2005 году в 2,7 раза уменьшилось количество паспортизированных пациентов (окончен срок замены паспортов; паспортизировано в 2003 г. 53, 2004 г. – 92, 2005 г. – 34 граждан).

В 3,03 раза уменьшилось оформление пенсий (так как в основном эта работа проведена в 2004 г.), в 1,26 раза сократились посещения собесов.

Высвободившееся рабочее время с учетом предстоящей подготовки было эффективно использовано для совершенствования групповой работы.

Чтобы прогнозировать нагрузку на работников, необходимо оценить спрос на социальные услуги, на которые затрачивается наибольшее количество времени и ресурсов. З.П.Румянцева считает, что такая оценка должна проводиться не реже 1 раза в квартал (18), В.З.Черняк рекомендует постоянный мониторинг (21).

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов В.А., Уварова Г.В. Экономический советник менеджера. Учебно-практическое пособие по управлению учреждением. – Минск: Финансы, 1996. – С. 258.
2. Басовский Л.Е., Протасьев В.Б. Управление качеством, учебник. Серия «Высшее образование». – М.: ИНФРА-М, 2000. – 212 с.
3. Вершигора Е.Е. Менеджмент. Учебное пособие; 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2000. – 283 с.
4. Годовые отчеты о деятельности МУЗ Психбольница г. Краснодара с объяснительными записками к ним за 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 гг.
5. Групповая работа с психически больными по психообразовательной программе. Пособие для врачей. – М.: Московский НИИ психиатрии, 2002. – 39 с.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и реабилитации психически больных. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 175 с.
8. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.92 № 3185-1.
9. Игнатов В.Г., Батурич Л.А., Бутов В.И. и соавт. Экономика социальной сферы. Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Издательский центр «Март», 2001. – 416 с.
10. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л.: Медицина, 1985. – С. 51.
11. Кучеренко В.З., Семёнов В.Ю., Сырцова Л.Е. и соавт. Основы медицинского маркетинга. Учебное пособие. – М.: ММА им. И.М.Сеченова, Федеральный фонд ОМС, 1998. – 112 с.
12. Кучеренко В.З. и соавт. Основы маркетинга медицинских услуг // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 10. – С. 15.

13. Лисицын Ю.П. Экономика и управление здравоохранением. – М., 1993. – С. 250.
14. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. Учебное руководство. – М., 1999. – 698 с.
15. Миняев В.А., Вишнякова Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: Медпресс-информ, 2004. – 528 с.
16. Положение о службе социальной реабилитации МУЗ Психиатрическая больница г. Краснодара.
17. Пронина Л.И. Пути повышения качества медицинской помощи в системе ОМС // Медицинское страхование. – 1996. – № 13–14. – С. 14–16.
18. Румянцева З.П., Филинов Н.Б., Шрамченко Т.Б. Модульная программа для менеджеров – общее управление организацией: принципы и процессы. Модуль 3. – М.: ИНФРА-М, 2000. – 288 с.
19. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 351.
20. Холостова Е.И. Словарь-справочник по социальной работе. – М., 1997. – С. 272.
21. Черняк В.З. Бизнес – планирование. – М.: Пресс, 2003. – С. 158.
22. Berry L.L. Services marketing is different // Business. – 1980. – Vol. 30, N 3. – P. 24–29.

MANAGEMENT EFFICACY IN A SOCIAL REHABILITATION SERVICE OF A PSYCHIATRIC HOSPITAL: CONTRIBUTION OF THE LONG-TERM PROGNOSIS OF SOCIAL PROCESSES

P. V. Sitchikhin, S. A. Beznos

This publication deals with improvement of functioning of the social rehabilitation service by a big psychiatric hospital (1025 beds) in the city of Krasnodar. The authors analyzed the characteristics of the patient population that received social care, the legal framework of relations within rehabilitation process and social tendencies in the most vulnerable patient groups and studied current experiences of psychosocial care in other psychiatric facilities in

Russia. The material obtained was used for changing the functioning of the social rehabilitation service by a local hospital. As a result, a number of indices have improved, specifically, the number of group sessions have increased by 1,5; the number of law suits associated with violation of patients' rights have increased by 1,35; the number of visits to social care facilities raised by 1,54 while the number of patients referred to residential facilities for chronic patients have decreased.

УДК 616.89–053–02:612.017.1

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЭКОЛОГООБУСЛОВЛЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

В. В. Ахметова, Т. П. Злова

Читинская государственная медицинская академия

При анализе механизмов развития нервно-психической патологии в последнее время большое внимание уделяется клинко-иммунологическим исследованиям. Это связано с тем, что, по мнению ведущих специалистов, именно взаимодействие нервной и иммунной систем помогает организму приспосабливаться к изменениям условий внешней и внутренней среды, а при срыве компенсаторных механизмов под влиянием патогенных факторов нарушается их взаимная регуляция и возникает патология (2, 3, 12, 15).

В 1975 году М.Я.Майзелис с соавт. выдвинуто предположение о том, что риск развития иммунопатологических процессов в ЦНС увеличивается в связи с нарушениями функций гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Доказано, что изменение проницаемости ГЭБ сопровождается выходом в кровь нейроспецифических веществ, в том числе нейроспецифических белков и формированием антител к ним (5, 16, 18). Аутоиммунные реакции в виде выработки аутоантител к разнообразным антигенам нервной ткани сопровождают патологический процесс или непосредственно участвуют в нем при многих нервно-психических заболеваниях (15, 29, 30, 31, 34, 37, 38).

Кроме того, важным является и региональный аспект проблемы. Интенсивное развитие промышленной деятельности и освоение новых технологий в последние годы привели к тому, что обширные территории оказались загрязненными разнообразными продуктами промышленного производства, в том числе и высокотоксичными, способными оказывать неблагоприятное воздействие на различные органы и системы организма (4, 11, 24, 32). В начале 90-х годов XX века экологическое направление в психиатрии было выделено отечественными психиатрами в качестве самостоятельного раздела (14, 19, 22).

Следует отметить, что наиболее чувствительными к экопатогенному воздействию являются дети (7–9, 25–27, 33), что обусловлено морфологической и функциональной незрелостью ЦНС ребенка, а

также отсутствием ряда социально опосредованных защитных факторов, характерных для взрослого населения (25, 26). Сотрудниками нашей кафедры в период с 2000 по 2005 годы были изучены распространенность, структурные особенности и некоторые патогенетические механизмы формирования нервно-психических расстройств у детей, проживающих в экологически неблагоприятном г.Балее Читинской области (1, 6, 13, 28). Высказано предположение о роли нейроиммунных механизмов в развитии экологообусловленных органических когнитивных расстройств (6).

Цель исследования: определить прогностические критерии эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий при органических задержках психического развития у детей, проживающих в условиях экопатогенного воздействия.

Задачи исследования:

1. Изучить функциональную активность лимфоцитов периферической крови, состояние гуморального иммунитета и цитокинового статуса у детей с органическими задержками психического развития в условиях экопатогенного воздействия.
2. Изучить некоторые специфические (нейроиммунные) показатели у детей с экологообусловленными задержками психического развития.
3. Изучить клинко-динамические характеристики психического состояния детей и динамику нейроиммунных показателей в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий.
4. Предложить нейроиммунологические критерии прогноза органических нервно-психических расстройств.

Материалы исследования

В основную изучаемую группу вошли 76 детей с органическими задержками психического развития (50 мальчиков и 26 девочек) в возрасте от 4 до 8 лет, проживающих г.Балей Читинской области, отобранные с учетом данных эпидемиологического исследования, проведенного сотрудниками нашей кафедры в период с 2000 по 2003 годы.

Краткая эпидемиологическая справка по геолого-экологическому состоянию Балейского экологического полигона

В географическом отношении Балейский экологический полигон находится в Восточном Забайкалье, в пределах Ундино-Даинской впадины. В течение многих лет на территории города работало предприятие по добыче и обогащению монацитового торийсодержащего песка, отходы деятельности которого использовались в строительстве административных и жилых помещений, что привело к локальным загрязнениям с повышением радиации от 200 до 400 мкр/час.

С 1929 по 1995 годы на Балейском комбинате по переработке золотоносной руды широко использовалась металлическая ртуть, цианиды, цинк, ксаногенат. Извлечение руды на поверхность в процессе открытого способа добычи приводило под воздействием осадков и атмосферного воздуха к переходу таких металлов, как висмут, марганец, свинец, молибден из инертных в подвижные формы и поступлению их в водоносные горизонты и атмосферный воздух в концентрациях до 50 раз превышающих соответствующие нормативы (10).

Высокая антропогенная нагрузка является постоянным источником загрязнения поверхностных и подземных вод, атмосферного воздуха и почвенного покрова.

Существенное значение имеют также и геохимические особенности данного региона. Расположение городской агломерации в межгорной котловине, обрамленной горными сооружениями, препятствует оптимальному рассеиванию загрязняющих веществ. Все твердофазные пылевые выбросы с взвешенными загрязняющими веществами, поступающие в атмосферу, перемещаясь воздушными потоками по максимальному вектору розы ветров (северо-восток – юго-запад), неизбежно выпадают в черте территории городской агломерации. Таким образом, природные факторы, а также последствия деятельности горнорудной промышленности привели к возникновению искусственной биогеохимической провинции, концентрации химических элементов в которой в десятки и более раз превышают предельно допустимые. Кроме того, ситуацию осложняет повышенный радиационный фон (из материалов отчета геоэкологического мониторинга объектов окружающей среды в пределах Балейского экологического полигона за 2005 г.).

Обследуемые дети получили 3-х месячный курс лечебно-реабилитационных мероприятий, которые включали в себя нейрометаболическую и ноотропную (с применением кортексина 10 мг/сут, церебролизина 1 мл на 1 кг массы тела в/м, пантокальцина 1500 мг/сут), антиоксидантную (токоферола ацетат 90 мг/сут), сосудистую и витаминотерапию, физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, массаж, а также индивидуальные занятия по коррекционной программе у логопеда, дефектолога и психолога.

После курса лечения была проведена оценка эффективности реабилитации с подсчетом ее коэффициента по специально разработанной и адаптированной для целей настоящего исследования карте. Иммунологическое и экспериментально-психологическое исследования проводились при поступлении ребенка в отделение и перед выпиской из стационара. Группу контроля составили 45 психически и соматически здоровых детей, проживающих в Чите.

Методы исследования

Проводилось традиционное психиатрическое обследование с подробным сбором анамнестических сведений, а также анализ всей имеющейся медицинской документации и характеристик педагогов. Для объективной оценки психического состояния детей проводилось экспериментально-психологическое тестирование с использованием методик, определяющих уровень развития познавательных процессов: адаптированный детский вариант теста Векслера и диагностический комплект «Исследование особенностей развития познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возрастов» под ред. Н.Я.Семаго, М.М.Семаго. Кроме того, в работе использовали схему нейропсихологического обследования детей, разработанную на основе уже существующих методик (21, 23), которая позволила исследовать двигательные функции, тактильный гнозис, стереогнозис, слухо-моторные координации, зрительный гнозис, пространственные представления, память и речь.

В исследование не включались дети с признаками соматических, инфекционных и аутоиммунных заболеваний. Указанная патология исключалась на основании анализа медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни) с обязательным заключением врача-педиатра и, при необходимости, других специалистов.

Иммунологическое обследование включало в себя определение сывороточной концентрации иммуноглобулинов А, М и G методом радиальной иммунодиффузии в агаре, подсчет абсолютного числа лейкоцитов стандартным методом в камере Горяева, лимфоцитов в тонком мазке крови, показателя ЛТА по методу Ю.А.Витковского (1999), а также определение концентрации провоспалительных цитокинов, нейронспецифической енолазы, аутоантител к миелинассоциированному гликопротеину и мозгового нейротрофического фактора в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Полученные результаты обработаны статистически на персональном компьютере с помощью пакета программ «Microsoft Excel 2002» и «STATISTICA 6.0.» с оценкой достоверности по критерию Стьюдента для малых выборок и подсчетом коэффициента Гамма корреляции.

Результаты исследования

Клиническое обследование, проведенное детям с ЗПР до назначения лечения, выявило замедление процесса формирования у них психомоторных координаций, произвольной регуляции движений (то есть волевой сферы). При этом наибольшая дефицитарность была отмечена по динамическому фактору, ответственному за смену звеньев процесса и плавность перехода от одного звена движения к другому. Так, в пробах на исследование двигательных функций (как по зрительному, так и по кинестетическому образцу), характер ошибок оказался следующим: трудности нахождения нужного набора движений, перебирание пальцев, помощь другой рукой. Помимо этого, значительные нарушения были выявлены в пробах на слухо-моторные координации, гностические и мнестические процессы, а при копировании не воспроизводилось пространственное взаиморасположение элементов, соотношение частей и целого. Наименьшие отклонения от нормы наблюдались только в серии проб на исследование тактильных и соматогностических функций.

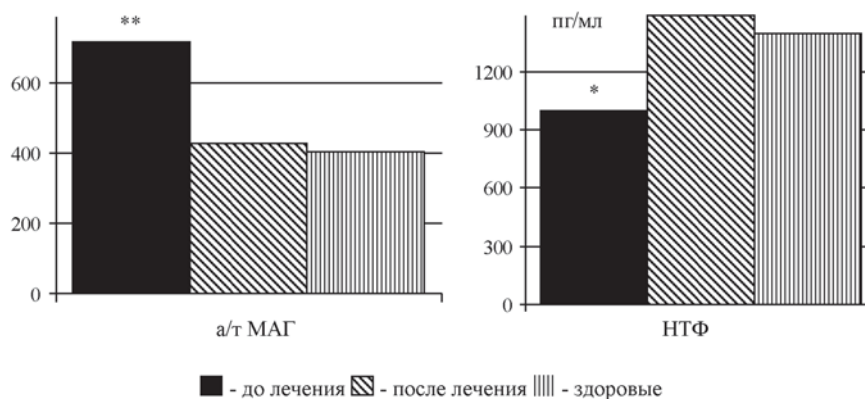
После проведенного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий положительные сдвиги были обнаружены по всем нейропсихологическим пробам. Следует отметить, что наиболее значительные улучшения выявлены в двигательной сфере (исследование кинестетического праксиса, реципрокной координации, речевая проба на серийную организацию движений и методика «перенос поз») и сфере чувственного познания (исследование эмоционального и цветового гнозиса) – достоверность отличий балльных показателей до и после терапии по всем пробам составила $p < 0,001$.

Сравнительный анализ иммунологических показателей до и после проведенной терапии выявил повышение количества иммунокомпетентных клеток (лейкоцитов и лимфоцитов) до уровня контрольных значений. Также отмечено повышение розеткообразования лимфоцитов с тромбоцитами (от $10,12 \pm 0,89$ до $14,67 \pm 1,39$; $p < 0,02$), которое может свидетельствовать о стабилизации функционального состояния клеток.

При исследовании содержания основных классов иммуноглобулинов до и после лечения выявлено увеличение концентрации IgA во второй группе ($0,77 \pm 0,12$ против $1,28 \pm 0,12$; $p < 0,01$), достигшей контрольного уровня, а также IgM ($0,58 \pm 0,04$ против $0,83 \pm 0,03$; $p < 0,001$), который все же остался достоверно ниже возрастной нормы ($p < 0,01$). Уровень IgG в процессе терапии практически не изменился ($10,66 \pm 0,68$ против $10,38 \pm 0,50$) и в обеих группах не отличался от контрольного.

Также отмечено уменьшение концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α почти в полтора раза, однако полученные показатели все еще оставались высокими (табл. 1).

Сравнительный анализ терапевтической динамики показателей нейродеструкции/нейрорепарации выявил достоверное уменьшение концентрации аутоантител к миелин-ассоциированному гликопротеину ($720,90 \pm 115,29$ против $428,73 \pm 48,62$; $p < 0,02$) и увеличение содержания НТФ ($997,97 \pm 74,85$ против $1488,19 \pm 56,40$; $p < 0,001$) в сыворотке крови обследованных детей с ОПР до уровня контрольных значений (рисунок).



Соотношение параметров нейродеструкции и нейрорепарации у детей до и после лечения
Примечание: достоверность отличий в группах до и после лечения * – $p < 0,001$, ** – $p < 0,02$.

Таблица 1

Цитокиновый статус у детей с ОПР в динамике

Показатель	Здоровые (n=15)	До лечения (n=76)	После лечения (n=76)
ИЛ-1 β (пкг/мл)	16,24 \pm 2,01	251,82 \pm 25,90 ($p < 0,001$; $p_1 < 0,01$)	142,17 \pm 24,45 ($p < 0,001$)
ИЛ-6 (пкг/мл)	5,10 \pm 1,30	182,25 \pm 17,59 ($p < 0,001$; $p_1 < 0,001$)	89,38 \pm 8,29 ($p < 0,001$)
ФНО- α (пкг/мл)	16,54 \pm 1,06	211,05 \pm 49,17 ($p < 0,001$; $p_1 < 0,02$)	82,68 \pm 7,48 ($p < 0,001$)

Примечание: p – достоверность отличий от группы контроля; p_1 – достоверность отличий от показателей после лечения.

Корреляционный анализ нейроиммунных и нейропсихологических показателей

Сфера психики	Нейропсихологические пробы	а/т МАГ	НТФ	НСЕ
Двигательная	Оральный кинестетический праксис	0,37	0,45*	0,16
Тактильные функции и соматогнозис	Проекция локализации прикосновений	-0,12	0,49*	-0,21
	Называние частей тела	-0,07	0,45**	-0,25
Зрительный гнозис	Перечеркнутые изображения	0,54*	0,44*	0,07
	Сюжетные картинки	-0,39	-0,04	-0,46**
Слуховой гнозис	Повторение заданного ритма	0,68**	0,47*	-0,11

Примечание: достоверность отличий * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$.

Содержание НСЕ у детей до и после проводимой терапии практически не изменилось ($34,97 \pm 2,27$ против $34,96 \pm 2,03$) и оставалось достоверно более высоким в сравнении с показателями здоровых детей ($12,90 \pm 2,24$; $p < 0,001$). По всей вероятности, это может указывать на сохраняющуюся активность органического процесса в головном мозге после лечения и свидетельствует о необходимости проведения повторных курсов терапии.

Таким образом, предложенный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий обеспечивает не только нормализацию местных иммунологических процессов, но и модулирует функции нервных клеток, оказывая воздействие на ключевые патогенетические механизмы развития органической недостаточности головного мозга.

Корреляционный анализ между клиническими данными и лабораторными показателями после проведенной терапии выявил наличие прямой связи между балльным значением нейропсихологических проб и концентрацией мозгового нейротрофического фактора и аутоантител к миелин-ассоциированному гликопротеину и обратной связи показателей зрительного гнозиса и фермента нейронспецифической енолазы (табл. 2). Этот факт является объективным подтверждением роли нейроиммунных нарушений в патогенезе органической мозговой недостаточности у обследуемых детей.

Дополнительно для объективизации клинического улучшения после курса лечебно-реабилитационных мероприятий была проведена комплексная оценка эффективности реабилитации с подсчетом ее коэффициента по специальной карте, адаптированной для проведения настоящего исследования. Для его оценки у детей определяли показатели нервно-психического развития (память, внимание, мышление, речь, моторика, мышечный тонус, поведение) до и после проведения лечебно-реабилитационных мероприятий по балльной системе от 1 до 4-х. Под коэффициентом эффективности реабилитации понималась разница между указанными выше показателями и в зависимости от этого все дети были разделены на две группы – с высоким

(от 0,7 до 2,0) и низким (от 0,3 до 0,6) коэффициентами эффективности реабилитации.

Выявлено, что более половины детей (69%) выписаны из отделения с высоким (от 0,7 до 2,0) коэффициентом эффективности реабилитации и лишь у 31% отмечены признаки незначительного клинического улучшения (коэффициент эффективности от 0,3 до 0,6), – преимущественно это были дети с выраженными задержками психического развития.

Следует отметить, что у детей с отчетливым клиническим улучшением иммунологические положительные сдвиги были более выраженными.

Выводы

1. У детей с экологообусловленными органическими задержками психического развития имеются неспецифические нарушения иммунного реагирования, которые проявляются снижением количества и функциональной активности лимфоцитов, гиперпродукцией провоспалительных цитокинов и дисбалансом гуморального звена иммунитета.

2. У детей с органическими задержками психического развития выявлены нарушения нейроиммунного гомеостаза, свидетельствующего о дисбалансе в системе «нейродеструкция/нейропротекция»: повышение концентрации фермента нейронспецифической енолазы и аутоантител к миелин-ассоциированному гликопротеину, снижение содержания мозгового нейротрофического фактора в сыворотке крови.

3. Комплексные лечебно-реабилитационные мероприятия, включающие медикаментозную терапию с использованием ноотропных, нейрометаболических, антиоксидантных и сосудистых средств, а также коррекционно-педагогические мероприятия, приводят к нормализации показателей гуморального иммунитета, функционального состояния лимфоцитов, цитокинового статуса, а также специфических нейроиммунных параметров.

4. В качестве биохимических предикторов эффективности терапии органических психических расстройств у детей можно выделить снижение концентрации аутоантител к миелин-ассоциированному гликопротеину и увеличение мозгового нейротрофического фактора в сыворотке крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абашкина Е.В. Эпидемиология нервно-психических расстройств у детей в зоне экологического неблагополучия Забайкалья (город Балей). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 164 с.
2. Абрамов В.В. Взаимодействие иммунной и нервной систем. – Новосибирск: Наука, Сиб. отделение. – 1988. – 136 с.
3. Абрамов В.В., Абрамова Т.Я. Асимметрия нервной, эндокринной и иммунной систем. – Новосибирск: Наука. – 1996. – 97 с.
4. Аксенов М.М., Рудницкий В.А., Семке В.Я. Клинические и реабилитационные аспекты пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. – № 2. – С. 11–12.
5. Баканов М.И., Гончарова О.В., Алатырцев В.В., Дидманидзе Т.Д. Сборник трудов Всероссийской конференции «Проблемы медицинской энзимологии». – 2002. – С. 62.
6. Березкин А.С. Механизмы мембранодеструкции в генезе органической церебральной недостаточности у детей в условиях экологического воздействия. Дисс. ... канд. мед. наук. – Чита, 2004. – 145 с.
7. Вельтишев Ю.Е. Проблемы экопатологии детского возраста – иммунологические аспекты // Педиатрия. – 1992. – № 6. – С. 74–80.
8. Вельтишев Ю.Е. Экологически детерминированная патология детского возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1996. – № 2. – С. 5–12.
9. Вельтишев Ю.Е. Этиология и патогенез экопатологии у детей // Экология и здоровье детей / Под. ред. М.Я.Студеникина, А.А.Ефимовой. – М., 1998. – С. 18–66.
10. Возмилов А.М. Доклад о состоянии окружающей природной среды и природоохранной деятельности в Читинской области за 1996 год. – Чита: Читакомприрода, 1997. – 190 с.
11. Гичев Ю.П. Загрязнение окружающей среды и здоровье человека (печальный опыт России). – Новосибирск: СО РАМН, 2002. – 230 с.
12. Корнева Е.А., Лесникова М.П., Яковлева Е.Э. Молекулярно-биологические аспекты изучения взаимодействия нервной, эндокринной и иммунной системы // Проблемы и перспективы современной иммунологии. Методологический анализ. – Новосибирск, 1988. – С. 87–100.
13. Кошмелева Я.А. Роль нарушений гормонального статуса в генезе резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей и подростков экологически неблагополучного региона Забайкалья. Дисс. ... канд. мед. наук. – Чита, 2003. – 141 с.
14. Краснов В.Н. Экологическая психиатрия: методология, предмет исследования и ближайшие задачи // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 158–160.
15. Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В. Нейроиммунопатология. – Ин-т общ. патологии и патофизиологии РАМН. – М., 1997. – 282 с.
16. Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В., Сепиашвили Р.И. Нейроиммунопатология (руководство). – М., 2003. – 438 с.
17. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Состояние нервной системы участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Материалы 2-й Международной конференции «Отдельные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы». – Киев, 1998. – 276 с.
18. Лиджиева Р.Ц. Специфические белки нервной ткани в оценке проницаемости гематоэнцефалического барьера при коматозных состояниях у детей. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 25 с.
19. Пивень Б.Н. Экологическая психиатрия и некоторые итоги исследований в этой области // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Т. 3, № 4. – С. 29–36.
20. Пивень Б.Н. Экологическая психиатрия. – Барнаул: Изд-во АГМУ, 2001. – 135 с.
21. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: «Академия», 2002. – 232 с.
22. Семке В.Я. Экологическая психиатрия: настоящее и будущее // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 2, № 3. – С. 3–5.
23. Сворцов И.А., Адашинская Г.А., Нефедова И.В. Модифицированная методика нейропсихологической диагностики и коррекции при нарушениях развития высших психических функций у детей. Учебно-методическое пособие. – М.: «Тривола», 2000. – 50 с.
24. Солдаткин В.А. Церебральные органические психические расстройства у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: клиника, психопатологическая структура, динамика // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 2, № 5. – С. 153–156.
25. Сухотина Н.К. Психическое здоровье детей, проживающих в регионах с различным уровнем антропогенного загрязнения. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 2. – С. 19–23.
26. Сухотина Н.К. Психическое здоровье детей, проживающих в регионах с различным уровнем антропогенного загрязнения. Сообщение 2. Синдромы психической ретардации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 38–45.
27. Экопатология детского возраста. Сборник лекций и статей / Под. ред. В.Н.Ярыгина, Ю.П.Пивоварова, В.Ф.Демина. – 1995. – 375 с.
28. Элизбарян Е.Г. Некоторые патофизиологические характеристики органического поражения головного мозга у детей в зоне экологического неблагополучия Забайкалья. Дисс. ... канд. мед. наук. – Чита, 2004. – 138 с.
29. Amital H., Shoenfeld Y. Autoimmunity and schizophrenia: an epiphenomenon or an etiology? // Isr. J. Med. Sci. – 1993. – Vol. 29, N 9. – P. 593–597.
30. Banati R.B., Gehrmann J., Kellner M., Holsboer F. Antibodies against microglia/brain macrophages in the cerebrospinal fluid of a patient with acute amyotrophic lateral sclerosis and presenile dementia // Clin. Neuropathol. – 1995. – Vol. 14, N 4. – P. 197–200.
31. Bernard C.C., Kerlero de Rosbo N. Multiple sclerosis: an autoimmune disease of multifactorial etiology // Curr. Opin. Immunol. – 1992. – Vol. 4, N 6. – P. 760–765.
32. Conrad S., Ronnevi L.O. Toxic models of human motor neuron disease: Metals, ChE inhibitors // Neurodegenerative Disorders: The Role Played by Endotoxins and Xenobiotics. – N. Y.: Raven Press, 1998. – P. 217–224.
33. Dietrich K.N. Environmental chemicals and child development // J. Pediatr. – 1999. – Vol. 134, N 1. – P. 7–9.
34. Kirch D.G. Infection and autoimmunity as etiologic factors in schizophrenia: a review and reappraisal // Schizophr. Bull. – 1993. – Vol. 19, N 2. – P. 355–370.
35. Pacheco-Lopez G., Espinosa E., Zamorano-Rojas H.M. et al. Peripheral protein immunization induces rapid activation of the CNS, as measured c-Fos expression // J. Neuroimmunol. – 2002. – Vol. 131. – P. 50–59.
36. Tsuboi H., Miyazawa H., Wenner M. et al. Lesions in lateral hypothalamic areas increase splenocyte apoptosis // Neuroimmunomodulation. – 2001. – Vol. 9, N 1. – P. 1–5.
37. Van Gent T., Heijnen C.J., Treffers P.D. Autism and the immune system // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 1997. – Vol. 38, N 3. – P. 337–349.
38. Zeballos R.S., McPherson R.A. Update of autoantibodies in neurologic disease // Clin. Lab. Med. – 1992. – Vol. 12, N 1. – P. 61–83.

PREDICTIVE VALUE OF NEUROIMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN ECOLOGICALLY-RELATED COGNITIVE DISORDERS IN CHILDREN IN THE COURSE OF REHABILITATION

V. V. Akhmetova, T. P. Zlova

Children with organic mental retardation due to ecological reasons show disturbed neuroimmunological homeostasis. These disturbances testify to a disbalance in the “neurodestruction – neuroprotection” system, specifically, increased levels of enolase enzyme and auto-antibodies to myelin-associated glycoprotein, and decreased levels of the brain neurotrophic factor in blood serum. Complex treatment and rehabilitation measures, i.e. pharmacotherapy with the use of nootropic, neurometabolic,

antioxidant and vascular drugs as well as corrective pedagogical interventions, bring about normalization of humoral immunity parameters, functional condition of lymphocytes, cytokinetic status, and specific neuroimmunological parameters. Lower levels of auto-antibodies to myelin-associated glycoprotein and increasing levels of the brain neurotrophic factor are considered as biochemical predictors for effective therapy.

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. Н. Еричев

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург

Цель исследования: разработка программы психосоциотерапевтических мероприятий, осуществляемых в рамках психообразовательного вмешательства (1, 4, 6, 9–11), и изучение влияния психообразовательных программ на успешность социальной адаптации больных шизофренией.

Задачи исследования:

1. Изучить (на основании проведенного анкетирования) оценку больными шизофренией и их родственниками имеющейся у них потребности в информации о психических заболеваниях, методах их лечения, основных и побочных действиях лекарственных препаратов.

2. Разработать бифокальную (ориентированную на больных и их родственников) психообразовательную модель, направленную на улучшение социальной адаптации больных шизофренией.

3. Изучить влияние психообразовательной работы на психологическую адаптацию больных шизофренией (копинг, психологическая защита, внутренняя картина болезни).

4. Выяснить влияние психообразовательной работы на социальную адаптацию больных.

5. Уточнить влияние психообразовательной программы на соблюдение больными поддерживающей терапии.

6. Уточнить влияние психообразовательной работы на число регоспитализаций больных.

Материал и методы исследования

Материал работы включает сведения о 92 больных шизофренией, получавших лечение в отделении внебольничной психиатрии (комплексе дневной/ночной стационар) Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева. Больные шизофренией в данном исследовании диагностировались в соответствии с «Оценочным перечнем симптомов и глоссарием психических расстройств» (1994) и составляли (по МКБ-10) две подгруппы: 60 человек – F20 (различные варианты шизофрении) и 32 человека – F21 (шизотипическое расстройство). В исследование не включались больные в остром психотическом состоянии и пациенты с выраженным дефектом.

По полу исследованные больные распределились следующим образом: мужчин – 51 человек (55,43%), а женщин – 41 человек (44,56%).

Начало заболевания в большинстве случаев совпадало с пубертатным возрастом (независимо от пола). Средний возраст начала заболевания в исследованной группе больных оказался равным 17,3 годам.

Возраст больных на момент их лечения в комплексе дневной/ночной стационар института им. В.М.Бехтерева находился в диапазоне от 18 до 48 лет, в среднем 27,5 года. При этом в большинстве случаев отделение внебольничной психиатрии института им. В.М.Бехтерева было первым для пациента психиатрическим учреждением, где ему оказывалась специализированная помощь.

Средняя длительность заболевания обследованных больных составила 10,2 года и была несколько меньшей у мужчин по сравнению с женщинами, однако эти различия не были статистически достоверными.

По типу течения заболевание у большинства пациентов было преимущественно непрерывным (37 чел.; 40,2%) и приступообразно-прогредиентным (55 чел.; 59,8%) и характеризовалось малой (43 чел.; 46,7%) и умеренной (49 чел.; 53,3%) прогредиентностью процесса.

Психопатологическая симптоматика при поступлении больных в комплекс дневной/ночной стационар была неврозоподобной у 18 (19,6%), психопатоподобной у 21 (22,8%), относилась к психотическому регистру (паранойяльный, параноидный или аффективно-бредовый) у 53 (57,6%) больных.

Все исследуемые пациенты получали адекватную фармакологическую терапию и комплекс социально-реабилитационных мероприятий, используемых в отделении внебольничной психиатрии института им. В.М. Бехтерева.

Для определения эффективности психообразовательной работы в качестве группы сравнения исследовались пациенты, не проходившие курс психообразования. В группу сравнения вошли 50 пациентов (29 муж. и 21 жен.) с различными вариантами шизофрении (F20) и проявлениями шизотипических

расстройств (F21). Средний возраст пациентов в группе сравнения составлял 28,3 года, средний возраст начала заболевания составлял 17,45 лет, а длительность заболевания 10,85 лет. В контрольную группу, как и в основную, не включались больные в остром психотическом состоянии и пациенты с выраженным дефектом.

При статистической обработке первичных данных основным был метод стандартной ошибки среднего (коэффициент Стьюдента). Все вычисления проводились при помощи пакета программ STATISTICA 5.0.

Результаты исследования

Специальных исследований актуальности для больных и их родственников информационного дефицита о психической патологии ранее не проводилось.

В связи с этим нами было предпринято исследование, в ходе которого на основании специально разработанной анкеты уточнена потребность в информации психически больных и их родственников о причинах возникновения психических расстройств, особенностях их проявления, течения и методах лечения.

Для подавляющего большинства пациентов наиболее актуальными оказались такие темы, как «причины возникновения психических заболеваний», «распознавание депрессии и необходимая в случае ее возникновения помощь», «проявления и типы течения маниакально-депрессивного расстройства», «лекарства, используемые для лечения психических заболеваний, механизмы их действия, возможные побочные эффекты», «юридические аспекты, связанные с психическим заболеванием», «механизмы преодоления стресса». Наибольшее отрицание необходимости дополнительных сведений встречалось у пациентов при заполнении графы «шизофрения» (хотя большинство из них страдало именно шизофренией).

При анкетировании родственников больных шизофренией выявилась тенденция, заключающаяся в том, что нередко те из них, которые не знали о диагнозе больного члена семьи, демонстрировали малоценность для них информации о симптоматике и прогнозе именно при шизофрении, в то время как родственники, имевшие представление о характере заболевания пациента, проявляли значительный интерес к обсуждению вопросов, связанных с этим заболеванием.

Таким образом, проведенное анкетирование больных и их родственников позволяет утверждать, что у них имеется информационный дефицит, касающийся многих вопросов, связанных с психическими расстройствами, и потребность в его восполнении. Одновременно существует выраженное в большей или меньшей степени сопротивление части доносимой членам семьи информации. Это обстоятельство делает необходимым проведение с пациентами и их родственниками специально организованных психообразовательных занятий.

Разработанная нами интегративная модель психообразования представляет собой комплексную бифокальную (то есть ориентированную как на пациента, так и на членов его семьи) поэтапно осуществляемую систему информационных, психокоррекционных и социо-коррекционных воздействий, которые занимают особое место в структуре лечебно-восстановительных мероприятий.

Основной целью психообразования являлось при этом формирование у больных и членов их семей адекватного представления о психических расстройствах и привлечение больных и членов их семей к адекватному участию в лечебно-восстановительных мероприятиях.

Основными задачами при проведении психообразовательных занятий являлись следующие:

1. Восполнение имеющегося у больных и членов их семей информационного специфического (медицинского) дефицита знаний.
2. Снижение у пациентов и членов их семей уровня стигматизации и самостигматизации (2, 3, 7, 8).
3. Обучение пациентов и членов их семей умению распознавать первые признаки обострения заболевания.
4. Обучение больных навыкам совладания с болезнью.
5. Коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов.
6. Уменьшение возможности рецидивирования заболевания.

Основными принципами при проведении психообразовательных занятий являлись следующие:

1. Использование различных информационных модулей.
2. Использование приемов когнитивно-поведенческой психотерапии.
3. Использование тренинговых воздействий.

Дополнительными принципами, соблюдаемыми по отношению к психически больным, являлись следующие:

1. Апелляция к здоровым сторонам личности больного индивидуума.
2. Смешанный состав участников занятий по полу, возрасту, синдромально-нозологической и личностно-типологической характеристикам (что облегчало преодоление в процессе психообразования пассивности, отгороженности, напряженности и страха пациентов перед общением).

Основными методами при проведении психообразовательных программ являлись следующие: преподавание (мини-лекции), консультирование, варианты коммуникативной терапии и проблемно ориентированные дискуссии в группах, а также методы улучшения семейных коммуникаций. Использовались следующие типы вмешательств психотерапевта: эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация.

Нами отобрано 5 модулей, составляющих основные направления работы психообразовательных

групп: повышение уровня специфических (медицинских) знаний пациента и его семьи, формирование умения управлять медикаментозной терапией, выработка навыков в решении жизненных проблем, тренинг коммуникативных навыков, тренинг навыков совладания.

При практической реализации этих модулей допускалась гибкость их использования: информация, заложенная в каком-либо конкретном модуле (например, способ решения больным какой-либо проблемы), могла обсуждаться и в процессе занятия, формально относящегося к другому модулю (когда рассматривался вопрос о мобилизации ресурсов сообщества). Как показала практика, неоднократное рассмотрение при использовании различных модулей одних и тех же вопросов с нарастающим уровнем их обобщения способствовало лучшему усвоению и закреплению информации. На это же было направлено обучение больных и их родственников практическим навыкам в процессе тренинговых занятий.

Проведенное исследование показало, что более адекватно целям психообразовательных занятий отвечала группа «закрытого» типа. Вместе с тем, как показала практическая работа, проведение группы в качестве закрытой первоначально требовало непродолжительного «полузакрытого» этапа ее работы (2–3 занятия), что облегчало ее формирование и делало возможным включение в нее недавно госпитализированных пациентов. В дальнейшем группа начинала функционировать как закрытая.

Занятия с пациентами проводились в группах по 8–10 человек. Данную численность группы можно считать оптимальной, так как в группах с большей численностью труднее уделить внимание каждому отдельному пациенту и стимулировать участие малоактивных членов группы. Группа с меньшей численностью имела риск досрочно завершить свое существование в связи с выписыванием пациентов из-за их выписки, переводом в другое отделение, или, наконец, отказом от продолжения дальнейших групповых занятий.

Длительность встреч не превышала 1–1,5 часа. Превышение указанного времени оказалось нежелательным вследствие нарастающего утомления больных и снижения их продуктивности. Оптимальной частотой встреч явилось проведение занятий 2–3 раза в неделю (при пребывании больного в отделении). Хотя в некоторых случаях, например, при малой длительности пребывания в отделении, увеличение частоты встреч могло быть оправданным.

Более редкие встречи (1 раз в нед.) слишком удлинляли длительность всей программы и скорее могли быть использованы в рамках поддерживающих психообразовательных занятий с амбулаторными пациентами, полностью прошедшими программу в условиях их стационарного пребывания в отделении.

Общая длительность психообразовательной программы для пациентов составляла 8–9 недель, так как при меньшей длительности не удавалось выполнить полностью всех задач, обусловливающих необ-

ходимость проведения психообразовательной программы.

Встречи с родственниками пациентов проводились 1 раз в 2 недели по вечерам. Оказалось, что наиболее приемлемой и оправданной являлась частота встреч 1 раз в 1–2 недели.

Проведенное исследование позволило уточнить оптимальные условия, соблюдение которых позволяет наиболее полно реализовать заложенный в психообразовательной программе терапевтический потенциал:

1. Совместное ведение занятий врачом и медицинским психологом (социальным работником).

2. Неавторитарность позиции ведущих и ее соответствие требованиям, которые предъявляются психотерапевтам, работающим с психически больными, а именно – необходимость проявления эмпатии и аутентичности или естественности поведения.

3. Определение активности психиатра и психолога (при отсутствии принципиального различия в их позиции) тематикой лекционной части занятия. В ходе проведения групп врач был более активен при ответах на вопросы, связанные с клинической картиной психического расстройства, медикаментозной терапией, юридическими аспектами, а психолог – при обсуждении роли стресса в рецидивировании заболевания, когнитивных стилей, а также при проведении тренинговых занятий.

4. Распределение ролей среди ведущих групповые занятия в зависимости от их личностных особенностей: например, один из них (чаще врач) в большей степени берет на себя функции модератора, следящего за соблюдением групповых правил, а другой (чаще психолог) – функции эмпатичного человека, сопереживающего высказываниям различных членов группы.

5. Разнополюсность ведущих, что представляется оптимальным, но не обязательным условием.

В результате исследования оказалось, что при проведении психообразовательных программ с больными, страдающими шизофренией, произошли следующие изменения.

1. Улучшилось соблюдение пациентами режима поддерживающей терапии. Количество пациентов, соблюдавших прием лекарственной терапии, было достоверно выше в группе, прошедшей психообразовательную программу, через 6 месяцев после выписки из отделения и принципиально не отличалось от количества пациентов группы сравнения при 12-месячном катамнестическом обследовании.

2. Сократилось количество регоспитализаций пациентов в течение года после проведения психообразовательной программы. По данным, полученным как при 6-месячном, так и 12-месячном катамнестическом обследовании, больные основной группы, в отличие от пациентов группы сравнения, реже госпитализировались в психиатрические больницы.

3. Снизилась общая напряженность психологических защит. После прохождения психообразовательных групп отмечалась тенденция к меньшему использованию больными неконструктивных видов

копинг-стратегий, что может свидетельствовать о снижении постоянного внутреннего напряжения пациентов и о том, что их система копинг-стратегий стала менее ригидной.

4. Влияние психообразовательной программы на трансформацию внутренней картины болезни у больных шизофренией заключалось в увеличении более адаптивных типов отношения к болезни («гармоничного» и «эргопатического»).

5. Прослеживалась статистически достоверная положительная динамика в сфере производственных отношений на всем длиннике катамнестического наблюдения (1 год). В отличие от этого, в сфере межличностных отношений достоверная положительная динамика в группе пациентов, прошедших психообразовательную программу, наблюдалась лишь через 6 месяцев после их выписки из стационара и оказывалась фактически нивелированной (при сопоставлении с группой сравнения) при обследовании через 12 месяцев после выписки больных из стационарного отделения.

6. По самоотчетам родственников, проходивших психообразовательную программу, у них снизилось эмоциональное напряжение, прояснились цели и задачи лечения, им стало проще общаться с больным членом семьи. По мнению лечащих врачей, их контакт с родственниками, посещавшими психообразовательную группу, стал более продуктивным, эти родственники более адекватно стали относиться к необходимости приема больными поддерживающей терапии.

Таким образом, проведенное исследование позволило обнаружить преимущественно конструктивное влияние психообразования на психологическую защиту, уменьшение ригидности копинг-стратегий и более адекватное отношение больных к реабилитационным мероприятиям и приему поддерживающей медикаментозной терапии.

Одновременно проведенное исследование позволило уточнить влияние психообразования на эффективность функционирования пациентов в производственной сфере и в меньшей степени – в сфере их межличностного функционирования. При этом нивелирующийся со временем эффект влияния психообразования на характер межличностного функционирования со всей определенностью ставит вопрос о целесообразности проведения психотерапевтических занятий после выписки пациентов из психиатрического стационара, то есть в амбулаторных условиях.

Выводы

1. У больных и их родственников имеется информационный дефицит, касающийся многих вопросов, связанных с психическими расстройствами, и потребность в его восполнении. Одновременно существует выраженное в большей или меньшей степени сопротивление в отношении части доносимой членам семьи информации. Это обстоятельство делает необходимым проведение с пациентами и их родственниками специально организованных психообразовательных занятий.

2. Интегративная бифокальная модель психообразования, состоящая из трех разделов (информирование пациентов и членов их семей; проведение специфических психотерапевтических мероприятий; обучение навыкам совладания со стрессом и болезнью) является особой частью реабилитационного комплекса, существенно дополняя терапевтические усилия по дестигматизации пациентов и их родственников. Эта модель, по результатам исследования, пригодна при лечении и реабилитации больных шизофренией, находящихся в амбулаторных, полустационарных и стационарных условиях.

3. Осуществление психообразовательной работы целесообразно проводить в «закрытых» группах, на начальных этапах которых, в течение непродолжительного времени, допустим «полузакрытый» этап работы. При этом разработанные «модули», являющиеся содержательной частью интегративной бифокальной модели психообразования (повышение уровня специфического, то есть медицинского образования пациента и его семьи; формирование умения управлять медикаментозной терапией; выработка навыков в решении жизненных проблем; тренинг коммуникативных навыков; тренинг навыков совладания) в процессе ее проведения должны использоваться максимально гибко.

4. У больных, прошедших психообразовательную группу, в большей степени, чем у лиц, не прошедших эти занятия, улучшалась комплаентность не только самих пациентов, но и членов их семей, участвующих в психообразовательных программах для родственников.

5. После прохождения пациентами психообразовательной программы более существенно, по сравнению с больными, не прошедшими эти занятия, сокращалось число регоспитализаций в течение года после выписки (через 6 мес. – 8,2% против 14,6%; через год – 14,9% против 19,4% в группе сравнения)

6. Проведение психообразовательной программы способствовало уменьшению общей напряженности психологических защит, уменьшению ригидности копинг-стратегий и созданию условий (за счет изменения внутренней картины болезни) для более адекватного отношения больных к реабилитационным мероприятиям и приему поддерживающей медикаментозной терапии.

7. Проведенное исследование позволило выявить существенное влияние психообразования на эффективность функционирования пациентов в производственной сфере и в меньшей степени – в сфере их межличностного функционирования. При этом нивелирующийся со временем эффект влияния психообразования на характер межличностного функционирования со всей определенностью ставит вопрос о целесообразности проведения психотерапевтических занятий после выписки пациентов из психиатрического стационара, то есть в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. – СПб.: «Питер», 2001. – 432 с.
2. Вулис Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью. Руководство для членов семей, друзей и социальных работников. – М., 1998. – 192 с.
3. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Винидиктова Г.И., Марченко Г.Г. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 3. – С. 26–30.
4. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Зуйкова Н.В. Психобразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами. Пособие для врачей. – СПб., 2004. – 26 с.
5. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 30–39.
6. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям. – М., 2001. – 213 с.
7. Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Шизофрения / Пер. с нем. И.Я.Сапожниковой. – М.: Алетея, 1998. – 200 с.
8. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia // Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia: Specific Topics. – 2001. – Vol. 3, N 2. – P. 136–137.
9. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 2000. – Vol. 26, N 1. – P. 5–20.
10. Goldstein M.J. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder // Psychopharmacol. Bull. – 1992. – Vol. 28, N 3. – P. 237–240.

ROLE OF PSYCHOEDUCATION IN REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

A. N. Yerichev

The author focuses on the importance of relevant information for patients and their family members and lack of knowledge about mental disorders among schizophrenic patients and their relatives. Psychoeducation is supposed to fill this gap. The integrative psychoeducation model can be described as a complex bifocal (i.e. patient- and family-oriented) stepwise system of informational, psycho- and sociocorrective interventions. The combination of “modules” within the system (providing specific medical information for patients and their family members; pharmacotherapy control; problem-solving skills

training; communicative skills training, coping skills training) can be chosen in accordance with the patient’s needs. As a result, patients after psychoeducation program show better compliance, a decreased number of repeated hospitalizations, a more relaxed psychological defense and less rigid coping strategies. The investigation points to the effect of psychoeducation on patient’s labor functioning, thought this effect is less pronounced in interpersonal relations. The author emphasizes the importance of psychotherapeutic intervention after patient’s discharge from the hospital.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Л. Г. Мовина

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Современным стандартом оказания психиатрической помощи является комплексность воздействия (сочетание биологической и психосоциальной терапии), отвечающего особенностям этапа развития заболевания (первый психотический эпизод, ремиссия, рецидив) и удовлетворяющего потребностям пациентов и их ближайшего микросоциального окружения (5, 19). В этой связи, наряду со все возрастающим количеством работ (4, 14, 15, 37, 41), особую актуальность приобретают исследования эффективности подобных вмешательств в целевых группах пациентов.

Одной из таких целевых групп в силу клиничко-прогностических и социально-реабилитационных соображений являются больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания. Стратегии программно-целевого обслуживания пациентов этой категории, включающие психообразование на микро- и макросоциальном уровнях, раннее распознавание психоза и обращение за специализированной помощью, клиничко-социальное ведение случая, своевременное включение в наименее стигматизирующую лечебно-реабилитационную программу, достаточно хорошо разработаны и активно используются на практике. Показана при этом возможность улучшения клиничческого и социального прогноза, в том числе и за счет комплексного подхода с сочетанием медикаментозного и психосоциального лечения (3, 11, 21, 22, 27, 28, 30, 33). Вместе с тем значение этого компонента терапевтического воздействия (различные групповые программы, семейное вмешательство) и дифференцированные подходы к его применению в зависимости от клиничко-динамических особенностей патологического процесса нуждаются в подробном изучении. Недостаточно представлены данные о вариантах субъективной оценки психического расстройства пациентами и их близкими, а также способы реагирования на разви-

тие заболевания, что также отражается на эффективности осуществляемых вмешательств.

Цель исследования – разработать программу комплексного терапевтического вмешательства для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания и оценить ее эффективность.

Материалы и методы исследования

Обследовано 120 пациентов (68 муж., 52 жен., средний возраст – $24,92 \pm 9,33$ года), находившихся на лечении в клинике первого психотического эпизода Московского НИИ психиатрии в 2001–2003 годах и удовлетворявших критериям включения в исследование – диагноз шизофрении или расстройства шизофренического спектра по МКБ-10, длительность заболевания с момента манифеста не более 5-ти лет, количество приступов не более 3. 2/3 пациентов (81 чел.) поступили в клинику в связи с первым психотическим приступом; 2-ой психотический приступ был диагностирован у 28 пациентов (23,33%); 3-й – у 11 пациентов (9,17%). Анализ каждого случая проводился с момента первой манифестации. Изучались клиничко-психопатологические и социально-демографические характеристики, определялся тип реагирования пациента и родственников на факт психического заболевания. Психическое состояние пациентов оценивалось также по шкале PANSS (7, 25), социальное функционирование – с помощью оригинального «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (1). Использовались шкалы и опросники, отражающие субъективный опыт и самооценку пациентов и их близких: шкала оценки нагрузки на семью, опросник для оценки проблем, возникающих при уходе за больным родственником (39), опросник для оценки социальных сетей психически больных, опросник для оценки эмоциональной и инструментальной поддержки пси-

хически больных, карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы (9).

Клинико-психопатологическое и социально-психологическое обследование пациентов и их семей с применением указанного инструментария проводилось дважды: при включении в программу комплексного лечения первых психотических эпизодов (ППЭ) и в катанезе, то есть в среднем через 2 года. Полные данные были получены на 112 человек: 71 человек получали психосоциальное лечение в сочетании с фармакотерапией – основная группа, 41 человек получали только фармакотерапию – контрольная группа.

Эффективность вмешательства оценивалась путем сопоставления клинико-организационных, клинико-психопатологических и социально-психологических параметров в основной и контрольной группах в динамике. Статистическая обработка полученных данных включала расчет средних выборочных величин и достоверных различий с использованием пакета программ Statistica for Windows version 6,0.

Клинико-психопатологические особенности психотических состояний и реакций на их возникновение

Шизофрения была диагностирована более чем в половине случаев (65,0% или 78 чел.), преобладала параноидная форма (46,67% или 56 чел.), эпизодический с нарастающим (48,44% или 31 чел.) или стабильным дефектом (37,50% или 24 чел.) типы течения. Непрерывный тип течения выявлялся лишь в 9 случаях (14,06%). Около 1/3 больных страдали шизоаффективным (27,5% или 33 чел.) и шизотипическим (7,50% или 9 чел.) расстройствами.

При поступлении в клинику ППЭ последипломное, высшее и незаконченное высшее образование имели более половины пациентов – 60,0%, среднее специальное – 18,33% и среднее – 21,67%. В то же время только 55,83% пациентов сохраняли свои социальные позиции (продолжали работать по специальности или учиться), остальные обнаруживали заметное снижение. То есть можно говорить о сниженном уровне адаптации в целом у значительной части больных при достаточно высоком образовательном уровне.

Структура продрома и манифестных приступов, темп развертывания и редукции психопатологических феноменов, длительность каждого этапа, а также их влияние на социальную адаптацию отличались разнообразием, что нашло соответствующее отражение в реакциях пациентов и их семей на развитие психического расстройства, и послужило основанием для выделения 3-х клинических групп.

Первую группу (n=38) составили пациенты с острым развитием манифеста, когда в течение 3–4-х недель на фоне полного благополучия разворачивалась генерализованная, подвижная и изменчивая психопатологическая симптоматика чаще без

тенденции к затяжному течению с быстрой редукцией под влиянием фармакотерапии; в части случаев возникали редуцированные приступы с острой, но невыраженной симптоматикой. Вторая группа (n=71) отличалась более постепенным (обычно в течение 4–8 нед.) развитием психотической симптоматики, характеризовавшейся менее глубоким уровнем поражения, синдромальной и феноменологической незавершенностью, большей стабильностью клинических проявлений, а также их «бедным» эмоциональным сопровождением – подострый манифест. Для третьей группы (n=11) было свойственно медленное развитие заболевания с детского или младшего подросткового возраста, когда через «завесу» неврозо- и психопатоподобных расстройств, нарастающих негативных изменений все больше проступала полиморфная, зачатую с кататоническими включениями, психопатологическая симптоматика – ранний манифест.

В I группе практически половина случаев (47,37%) была отнесена к шизоаффективному расстройству, при выявлении шизофрении преобладала параноидная форма (50%), эпизодический со стабильным дефектом тип течения (60%). Во II группе доля шизоаффективного расстройства оказалась меньше – 21,13%, сюда вошла часть больных с недифференцированной шизофренией (16,9%) и шизотипическим расстройством (12,68%). Основным типом течения шизофрении здесь являлся эпизодический с нарастающим дефектом – 60% случаев. Все больные III группы страдали шизофренией, регистрировались преимущественно параноидная (36,36%) и простая формы (36,36%), кататоническая шизофрения обнаруживалась в 9,09% случаев, а недифференцированная – в 18,18%. Течение заболевания отличалось выраженной прогрессивностью и в 66,67% наблюдений было непрерывным, в остальных 33,33% наблюдений – эпизодическим с нарастающим дефектом. В целом можно говорить о нарастании тяжести и темпа прогрессивности заболевания от I группы к III (рис.1, 2). Соответствующей была в разных группах и структура манифестных приступов. Если в I группе приступы чаще всего были аффективно-бредовыми (42,11%), онейроидно-кататоническими (10,53%) или галлюцинаторно-бредовыми (36,84%), то подавляющее большинство манифестных приступов в III группе характеризовалось явлениями неблагоприятного полиморфизма (72,73%), в остальных случаях они были галлюцинаторно-бредовыми (27,27%).

Для социального статуса пациентов I группы был свойственен наиболее высокий уровень образования и сохранность основных достижений к моменту развития психотического состояния в 2/3 наблюдений (34,21% работали по специальности, 31,58% учились). Во II группе отмечался рост удельного веса незаконченного образования и более низкий его уровень в целом. В продромальном периоде за счет нарастания психопатологических расстройств происходило отчетливое социальное снижение (43,66%

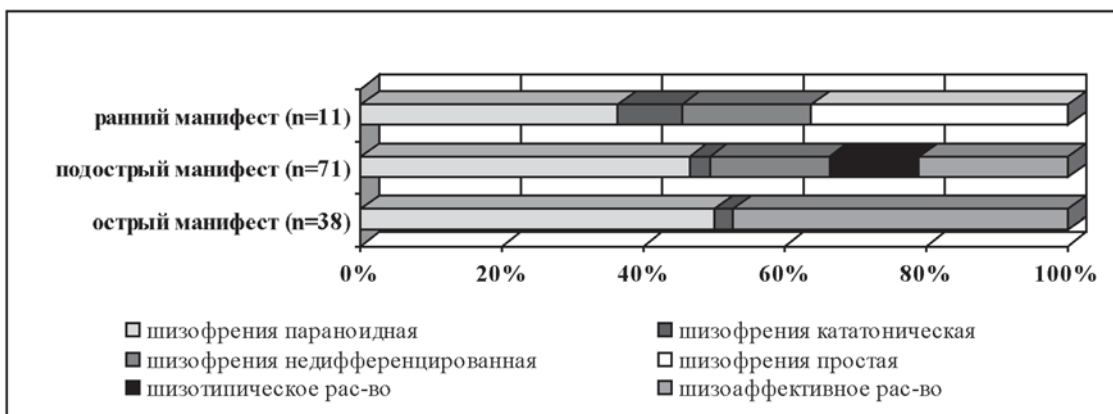


Рис. 1. Нозологическая структура выделенных групп (МКБ-10)

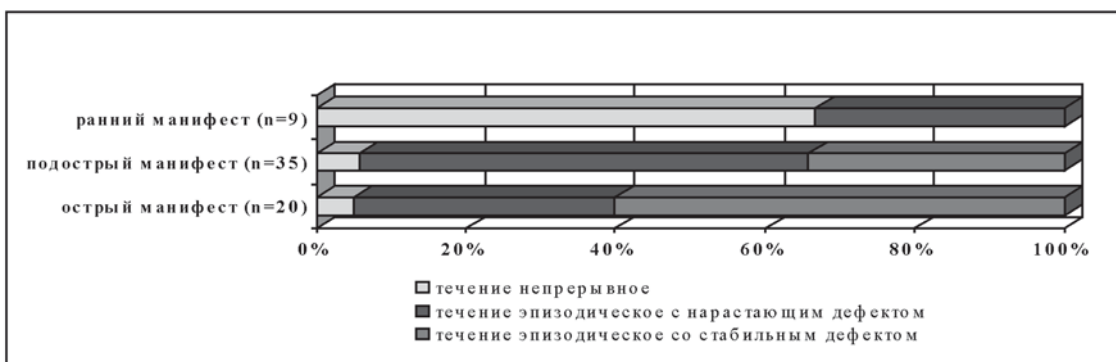


Рис. 2. Распределение больных в выделенных группах по типам течения шизофрении (МКБ-10)

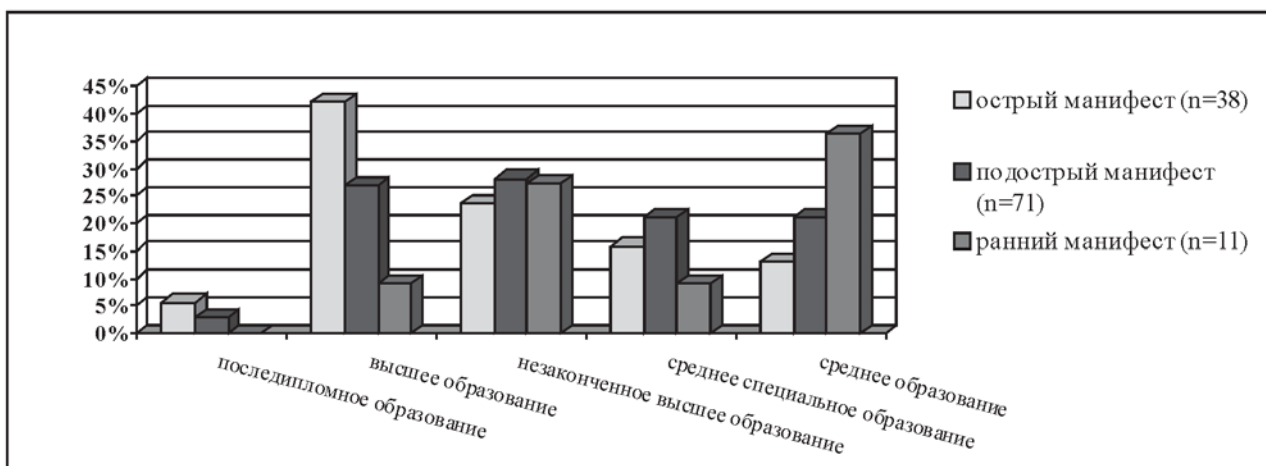


Рис. 3. Образовательный статус пациентов выделенных групп

пациентов не работали и не учились, 7,04% работали со снижением квалификации или временно подрабатывали). Пациенты III группы имели относительно более низкий образовательный уровень, что связано и с более молодым возрастом пациентов этой группы (средний возраст составил $16,82 \pm 1,60$ года, $p < 0,01$). Как и в I группе социальный статус больных здесь оставался формально сохранным практически в 2/3 наблюдений (54,55% пациентов продолжали учиться, 9,09% работали по специальности), однако во всех случаях отмечались значительные сложности как в дости-

жении, так и в «удержании» этих позиций, что требовало создания особых условий и постоянной протекции со стороны родственников. В целом для больных III группы характерно значительное и в то же время постепенное социальное снижение, отмечавшееся с детского или раннего подросткового возраста и обусловленное прогрессивной динамикой расстройств инициального периода, на фоне которого и манифестировало заболевание (рис. 3).

Многими исследователями (13, 29, 31) подчеркивается тяжесть реакции пациентов и их родственников на выявление психического заболевания в

связи с его манифестацией, однако дифференцированно они не рассматриваются. Между тем, их значимость для преодоления болезни и дальнейшей адаптации не вызывает сомнений (10, 32, 38, 40), что важно учитывать в процессе разработки психосоциальных вмешательств.

У обследованных пациентов варианты реагирования на факт выявления психического заболевания характеризовались разнообразием. В части случаев они были близкими, но не идентичными для пациентов и их семей (как правило, один или двое родителей, непосредственно опекавших больного, участвовавших в терапевтическом процессе и формирующих обычно реакцию всей семьи), а в части – обнаруживали существенные различия.

В 20 наблюдениях при незначительно выраженных доманифестных проявлениях, быстрой редукции психотической симптоматики с формированием ремиссии хорошего качества и восстановлением доболезненного уровня социального функционирования у пациентов I группы и их родственников выявлялась тенденция к минимизации проблемы, когда происходило вытеснение представлений о тяжести и серьезности заболевания.

Напротив, в 18 случаях при большей выраженности доманифестных проявлений, медленном становлении ремиссии, сопровождавшемся апатической депрессией или дефицитарными расстройствами со снижением уровня социального функционирования выявлялась гиперболизация тяжести заболевания и его последствий, свойственная как пациентам, так и их родственникам.

Тенденция к рационализации в объяснении психотических расстройств отмечалась у пациентов II группы и их родственников в 32 наблюдениях при небольшой аффективной заряженности переживаний, их монотематичности, «обыденности» содержания, что создавало почву для идентификации расстройства с нервным или пограничным, но не с психическим заболеванием.

Идентификация болезненных проявлений с личностными особенностями выявлялась в 16 случаях, когда состояние пациентов определялось специфическими личностными изменениями и, прежде всего, некритичностью, стойкими и длительными нарушениями целенаправленности мышления. Родственники в основном придерживались аналогичной точки зрения, и только короткий период генерализации или эскалации симптоматики воспринимался ими как нервное или психическое расстройство.

У 23 пациентов отмечалось «принятие» психической болезни и роли больного с формированием пассивной жизненной позиции, преждевременным и чрезмерным снижением уровня ожиданий, гиперопекой со стороны родственников. Свойственная для них острота симптоматики при незавершенности психопатологических феноменов и относительной сохранности социально приемлемого поведения приводила к резкой диссоциации субъективной (сам

больной) и объективной (семья) оценок психического состояния. Пациенты достаточно быстро осознавали болезненность своего состояния и проявляли инициативу в обращении за помощью, отмечали эффективность фармакотерапии и соблюдали врачебные рекомендации. Родственники же, напротив, недооценивали серьезность ситуации и меняли свою точку зрения только при увеличении «стажа» заболевания.

Все пациенты III группы обнаруживали отсутствие критики и отрицание болезни, чему способствовали такие особенности как раннее начало заболевания, значительная представленность негативной симптоматики, медленное развитие манифеста за счет углубления инициальных расстройств и перехода их на психотический уровень. Родственники больных, напротив, к моменту обращения к психиатрам адекватно оценивали болезненное состояние и считали его психическим заболеванием. Возможность разделить ответственность с врачами, найти в их лице понимание и поддержку приводила даже к уменьшению эмоционального напряжения («признание болезни все ставит на свои места»).

Принципы и содержание вмешательства

Программа комплексного терапевтического вмешательства при ППЭ включала сочетание психосоциального (психообразование с элементами проблемно-разрешающей техники и тренинга социальных навыков, индивидуальное семейное вмешательство и терапия поддержкой) и медикаментозного лечения. Последнее проводилось в соответствии с общепринятыми рекомендациями (3, 6) и предполагало предпочтительное использование атипичных антипсихотиков, принцип минимальной достаточности доз.

Главной задачей психосоциального воздействия с момента поступления больного в клинику ППЭ до начала становления ремиссии (3–4 нед.) являлось создание «терапевтического альянса» (20).

В период становления ремиссии (с момента купирования острой психотической симптоматики до выписки больного из клиники – 6–8 нед.) активно использовались групповые методы и, прежде всего, психообразование, что осуществлялось врачом-психиатром. Процесс формирования групп, показания и противопоказания для включения в группу, методика ведения и содержание сессий соответствовали рекомендациям, отраженным в литературе (2, 8). В общей сложности в такие группы последовательно было включено 49 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Количество участников в каждой группе варьировало от 6 до 8 человек, занятия проводились 2 или 3 раза в неделю в течение часа. Полный цикл включал 10–12 занятий, что зависело от потребностей и когнитивных возможностей конкретной группы.

Работа с семьями больных проводилась в индивидуальном формате. Особое внимание при этом уделялось навыкам обращения с больным, взаимо-

действию с психиатрическими службами и развитию сотрудничества, элементам тренинга для преодоления искаженного коммуникативного семейного стиля.

В зависимости от варианта реагирования на развитие психического расстройства расставлялись акценты психосоциальной терапии. При минимизации проблемы подчеркивалась неустойчивость достигнутого улучшения, необходимость более полного осознания значимости возникновения психических расстройств, высокий риск рецидива под влиянием нагрузок, отрицательные последствия преждевременной отмены фармакотерапии и вторичных психозов. В случаях гиперболизации тяжести болезни предпочтительной была эмоциональная поддержка пациента и семьи, поощрение надежды, информация о закономерностях течения заболевания. В работе с пациентами, обнаруживавшими склонность к рационализации и психологизации симптомов, и их родственниками внимание акцентировалось на возможности утяжеления их состояния при отсутствии адекватного лечения. При принятии болезни упор делался не на преодолении болезни, а на совладании, путем «облегчения» тяжести симптомов и «высвечивания» сохранных сторон личности, повышения уровня социального функционирования и расширения самостоятельности. Для пациентов, идентифицировавших психопатологическую симптоматику с личностными особенностями или отрицавших болезнь, эффективной оказалась апелляция к таким проявлениям как плохое настроение, бессонница и прочие, а также включение их в социальные тренинги. Психообразование было полезнее для родителей таких пациентов с учетом преобладания информации о тактике поведения с больным и планирования его будущего.

На этапе полного или частичного выздоровления работа с пациентами и их семьями включала такие направления как поддержание комплайенса, про-

филактика рецидивов, раннее распознавание симптомов обострения и обеспечение своевременного вмешательства, снижение риска суицидов. Пациенты находились в естественных социальных условиях, но с каждым из них и семьей поддерживалась связь. В первые 2 месяца после выписки из клиники визиты назначались 2 раза в месяц, затем – ежемесячно, в случае необходимости частота встреч увеличивалась.

Эффективность вмешательства

Сопоставимость групп сравнения оценивалась по таким параметрам как пол, возраст, диагностическая категория, тип течения (для шизофрении), интенсивность фармакотерапии. По всем позициям различия оказались статистически не значимыми ($p > 0,05$), что позволяет говорить о корректности выбранного сравнения.

По данным 2-летнего катамнеза более половины пациентов основной группы ко 2-му году наблюдения достигали полных ремиссий (61,11% против 39,29%, $p = 0,06$), достоверно реже обнаруживая бредовое поведение в ремиссии (5,63% и 29,27% соответственно, $p < 0,001$). Выраженность психопатологических расстройств по PANSS при катамнестическом обследовании в основной группе была значимо меньше, чем в контрольной ($p < 0,001$), в то время как при включении в программу и на момент выписки из клиники эти показатели статистически не различались (рис. 4).

У пациентов, получавших психосоциальное лечение, отмечалось улучшение комплайенса. Они достоверно чаще находились под динамическим наблюдением специалистов (90,14% против 51,22%, $p < 0,0001$), более регулярно принимали поддерживающую терапию (74,07% против 50,0%, $p < 0,05$), реже от нее отказывались (14,81% против 35,71%, $p < 0,05$). Эти пациенты при последующих обострениях значимо чаще получали помощь в полустаци-

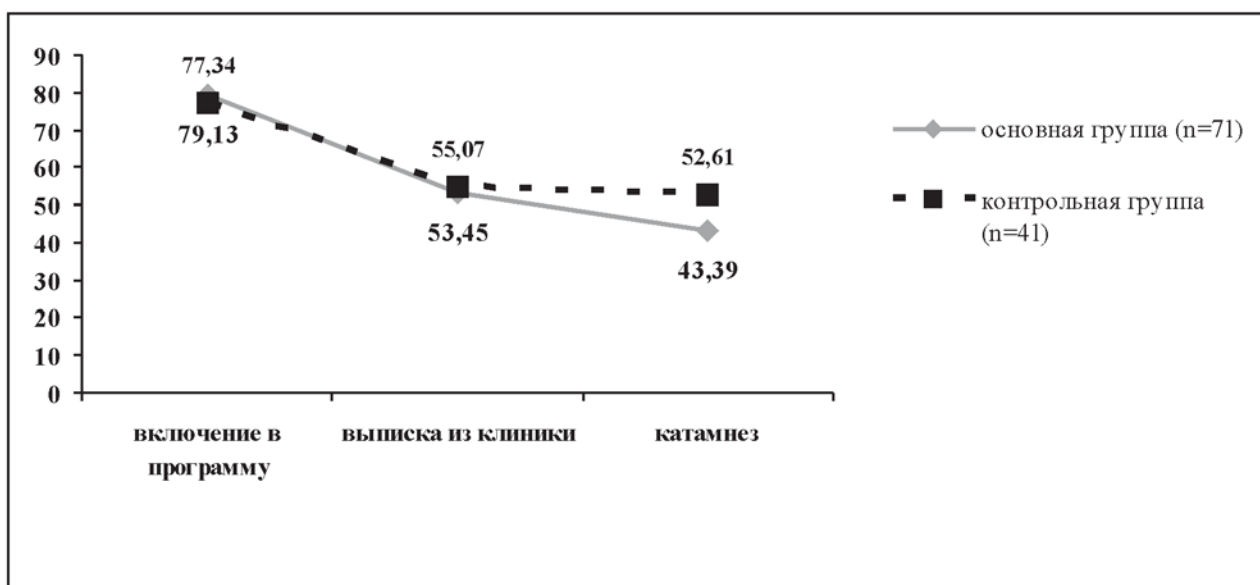


Рис. 4. Динамика выраженности психопатологических расстройств по PANSS

Показатели социального функционирования и качества жизни пациентов основной и контрольной групп при завершении программы

Показатели	Основная группа (n=71)	Контрольная группа (n=41)	Достоверность различий
Физическая работоспособность*	0,59±0,70	0,90±0,79	p>0,05
Интеллектуальная работоспособность*	0,76±0,65	1,20±0,70	p<0,05
Занятие домашним хозяйством*	0,73±0,83	1,25±0,79	p<0,05
Характеристика круга общения*	1,03±0,67	1,45±0,60	p<0,05
Характер отношений с окружающими*	0,34±0,69	0,95±0,69	p<0,001
Качество жизни в связи с психическим состоянием**	84,75%	60,0%	p<0,05
Качество жизни в целом**	83,05%	65,0%	p=0,09

Примечание: * – показатели оценивались в баллах от 4-х до 0, чем меньше значение средних баллов, тем ближе показатель к норме; ** – указана доля пациентов, выразивших удовлетворенность своим психическим состоянием и жизнью в целом (пункты 3 и 4 соответствующих разделов опросника).

Таблица 2

Величина нагрузки на семью в основной и контрольной группах при завершении программы

Субшкалы	Основная группа (n=71)	Контрольная группа (n=41)	Достоверность различий
Негативные симптомы	8,14±5,28	11,40±6,35	p<0,05
Влияние на семью	4,68±4,53	6,90±4,33	p=0,06
Необходимость поддержки	6,81±5,97	10,95±6,75	p<0,05
Зависимость	6,63±4,43	10,80±5,62	p<0,01

онарных условиях (73,84% случаев против 35,0%, p<0,01), реже попадая в больницы (11,90% и 45,0% соответственно, p<0,01). В основной группе в течение 1-го года наблюдения госпитализаций не отмечалось вовсе, а средняя длительность пребывания в дневном стационаре (42,8±31,2 дня) была существенно меньше, чем в контрольной группе (65,67±39,43 дня, p=0,05).

Социальные исходы в основной группе были более благоприятными – пациенты значимо чаще устраивались на работу после проведенного лечения (33,80% случаев против 14,63%, p<0,05), продолжали обучение (49,30% случаев против 26,83%, p<0,05) и сохраняли ролевые функции в семье (56,34% случаев против 31,71%, p<0,05). Напротив, пациенты контрольной группы чаще не имели определенного занятия (26,83% случаев против 5,63%, p<0,05) и занимали подчиненное положение в семье (68,29% случаев против 43,66%, p<0,05). Прежний круг общения сохранялся в обеих группах примерно в равном объеме. Вместе с тем у пациентов основной группы круг общения чаще сужался (43,66%), чем распадался (14,08%), в то время как у пациентов контрольной группы наблюдалась обратная пропорция – сужение круга общения отмечалось в 19,51% случаев, а его утрата – в 43,90% случаев (p<0,01).

Психообразование, как один из основных элементов осуществленного вмешательства, достоверно повышает осведомленность пациентов о психическом заболевании и способах распознавания ранних признаков обострения (почти по всем позициям оригинального опросника различия статистически достоверны – p<0,05; p<0,001), что обуславливает

улучшение комплайенса и опосредованно способствует повышению качества ремиссий.

Психосоциальная терапия облегчает достижение более высокого уровня социального функционирования и качества жизни – пациенты основной группы при завершении программы обнаруживали существенное улучшение по большинству показателей (табл. 1); обеспечивает рост доверительности взаимоотношений с окружающими (93,41% пациентов основной группы при завершении программы комплексного лечения для оценки доверительности отношений с окружающими выбирали максимально высокие баллы, p<0,001) и усиливает ощущение поддержки референтной группы (выраженность эмоциональной поддержки у пациентов, получивших психосоциальную терапию, составляла 32,08±7,07 баллов против 27,80±9,21 баллов, p<0,05).

Наконец, применение психосоциальных вмешательств уменьшает нагрузку на семью (табл. 2).

Обсуждение

Результаты данного исследования согласуются с результатами других работ, посвященных оценке эффективности комплексных программ оказания помощи больным с ППЭ. Так, J.Cullberg с соавт. (17) сообщают о более высоком рейтинге по шкале GAF – шкала общей оценки функционирования и меньшей продолжительности госпитализаций в основной группе больных через год после включения в программу, по сравнению с проспективной и катamnестической контрольной группами. По данным годового катamnеза проекта OPUS в Дании (34, 35) комплексное лечение способствует более выраженной редукции психо-

тических симптомов и уменьшению чувства безнадежности. Особого внимания заслуживает исследование R.M.G.Norman, A.K.Malla с соавт. (36), установившее взаимосвязь между более высоким уровнем социальной поддержки больных с ППЭ, с одной стороны, уменьшением выраженности позитивных симптомов и снижением частоты госпитализаций в течение 3-летнего периода наблюдения, с другой стороны. При этом не было обнаружено влияния на найденную корреляцию таких составляющих как пол, возраст, уровень преморбидного приспособления и длительность нелеченого психоза.

В заключение следует отметить, что программа групповых и индивидуальных психосоциальных вмешательств является важной составной частью комплексного, наряду с фармакотерапией, лечения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальном этапе оказания помощи. Тактика и содержание подобных вмешательств должны отвечать потребностям пациентов и их семей при первичном обращении в связи с возникновением психотического состояния с учетом

субъективной оценки болезненного состояния пациентами и их семьями, и особенностями реагирования на него.

Использование программы групповых и индивидуальных психосоциальных вмешательств в комплексном лечении больных в клинике первого психотического эпизода по данным 2-летнего катамнеза повышает качество ремиссий, улучшает комплаенс, снижает число повторных госпитализаций, положительно влияет на социальные исходы, способствует достижению более высокого уровня социального функционирования и качества жизни, обеспечивает рост доверительности взаимоотношений с окружающими, усиливает чувство поддержки референтной группы, уменьшает бремя семьи. Наиболее выражено влияние психосоциального вмешательства на комплаентность больных с первыми психотическими эпизодами, что опосредованно способствует повышению качества ремиссий, своевременному выявлению признаков обострения и расширяет возможности получения необходимой помощи в наименее ограничительных условиях, предотвращая социальные потери.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 35–40.
2. Гурович И.Я., Сальникова Л.И., Магомедова М.В. и соавт. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – С. 98–108.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и соавт. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении). Методические рекомендации. – М., 2003. – 23 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 492 с.
5. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 12–17.
6. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. – М., 1996. – 288 с.
7. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М., 2001. – 237 с.
8. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Семенова Н.Д., Архипова Е.Л. Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – С. 76–97.
9. Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – С. 109–111.
10. Хатфилд А.Б., Лефли Г.П. Как выживать с психическим заболеванием / Пер. с англ. под ред. О.Абессонова. – Киев, 2002. – 299 с.
11. Addington J., Young J., Addington D. Social outcome in early psychosis // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33. – P. 1119–1124.
12. Barrelet L., Ferrero F., Szigethy L. et al. Expressed emotion and first-admission schizophrenia: Nine-month follow-up in a French cultural environment // Br. J. Psychiatry. – 1990. – Vol. 156. – P. 357–362.
13. Burns T., Creed F., Fahy T. et al. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial // Lancet. – 1999. – Vol. 353. – P. 2185–2189.
14. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, N 2. – P. 163–175.
15. Cullberg J., Levander S., Holmqvist R. et al. One year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project // Acta Psychiatr. Scand. – 2002. – Vol. 106. – P. 276–285.
16. Fenton W.S., Schooler N.R. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 2000. – Vol. 26, N 1. – P. 1–3.
17. Frank A.F., Gunderson J.G. The role of the treatment alliance in the treatment of schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. – 1990. – Vol. 47. – P. 228–236.
18. Gleeson J., Larsen T.K., McGorry P.D. Psychological treatment in pre- and early psychosis // J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry. – 2003. – Vol. 31, N 1. – P. 229–245.
19. Harrigan S.M., McGorry P.D., Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33, N 1. – P. 97–110.
20. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 1987. – Vol. 13. – P. 261–276.
21. Malla A.K., Norman R.M.G., Manchanda R. et al. Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase-specific community-oriented treatment // Psychiatric Services. – 2002. – Vol. 53, N 4. – P. 458–463.
22. Malla A.K., Norman R.M., Takhar J. et al. Can patients at risk for persistent negative symptoms be identified during their first episode of psychosis? // J. Nerv. Ment. Dis. – 2004. – Vol. 192, N 7. – P. 455–463.
23. Mari J.J., Streinger D.L. An overview of family interventions and relapse in schizophrenia: meta-analysis of research findings // Psychol. Med. – 1994. – Vol. 24. – P. 565–578.
24. Marshall M., Lockwood A. Early intervention for psychosis // Cochrane Database Syst. Rev. – 2004. – Vol. 2, CD004718.
25. McCay E., Ryan K. Meeting the patient's emotional needs // The Early Stages of Schizophrenia / R.B.Zipursky, S.C.Schuls (Eds.). – Washington, DC, London, England, 2002. – P. 107–127.
26. McGorry P.D. Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process // Psychiatry. – 1995. – Vol. 58. – P. 313–328.
27. McGorry P.D., Yung A.R., Phillips L.J. et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms // Arch. Gen. Psychiatry. – 2002. – Vol. 59, N 10. – P. 921–928.
28. Nordentoft M., Jeppesen P., Abel M. et al. OPUS study: suicidal behavior, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomized controlled trial // Br. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 181, Suppl. 43. – P. s 98–s106.
29. Nordentoft M., Jeppesen P., Petersen L. et al. OPUS project: a randomized controlled trial of integrated psychiatric treatment in first-

episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 60, Suppl. 1. – P. s297.

30. Norman R.M.G., Malla A.K., Manchanda R. et al. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 80. – P. 227–234.

31. Penn D.L., Mueser K.T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 607–617.

32. Strauss J.S. Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry // *Schizophr. Bull.* – 1989. – Vol. 15. – P. 179–188.

33. Szmukler G., Burgess P., Hirsman H., Benson A., Colusa S., Bloch S. The caregiver inventory. – University of Melbourne, Victoria, Australia, 1994.

34. Thompson K.N., McGorry P.D., Harrigan S.M. Recovery style and outcome in first-episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 62. – P. 31–36.

35. Velligan D.I., Bow-Thomas C.C., Huntzinger C. et al. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157, N 8. – P. 1317–1323.

USING A COMPLEX THERAPEUTIC INTERVENTION PROGRAM IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA-SPECTRUM DISORDERS AT INITIAL STAGES OF THE DISORDER

L. G. Movina

The author has developed a psychosocial treatment program for patients with schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders at initial stages of the disorder. The program includes psychoeducation with problem resolution elements and training of social skills, individual family interventions and psychosocial support. Interventions can be both individual and on group basis, though families are dealt with only on individual basis. Clinical characteristics of the disorder are also taken into account. Among them the duration and severity of the prodrome, severity of manifest symptoms, type of the course, severity of actual psychotic condition, structure and characteristics of remission, which

influence the reactions of the patients and their family members to the mental disorder (minimizing the problem, exaggerating the severity of disorder and its consequences, identification of morbid features with personality characteristics, accepting mental disorder and the patient's role). A two-year follow-up point to efficacy of these interventions in terms of clinical and social outcome, and also in terms of burden for the family. Psychosocial intervention obviously influences the patients' compliance, which indirectly contributes to the quality of remission and early detection of exacerbation symptoms, thus providing conditions for the least restrictive care and prevention of social deterioration.

УДК 616.895.4–085:615.214

ДУЛОКСЕТИН (СИМБАЛТА) В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА БОЛЬШОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА*

Д. Г. Перайя¹, И. Джилаберте², Ф. Вонг³, К. Г. Вильц³, С. А. Хакинс³,
Дж. В. Клеменс³, С. А. Монтгомери¹, А. Л. Монтехо², М. Дж. Детке³

¹Великобритания, ²Испания, ³США

Нередко после успешного купирования текущего депрессивного эпизода возникают обоснованные опасения повторного развития депрессии (11). В целях сокращения клинических рисков рецидивирования депрессивных расстройств современные руководства по антидепрессивной психофармакотерапии рекомендуют продолжать прием препарата в течение не менее 9–12 месяцев (12). При несоблюдении этого условия вероятность развития рецидива может составлять до 70% (10). Ранее уже описывались фармакологические свойства нового антидепрессанта дулоксетина (симбалты) (2), а также его клиническое действие при купирующей терапии депрессивных состояний (4). Однако настало время изучить эффективность дулоксетина в рамках противорецидивной терапии депрессивных расстройств. В связи с этим было выполнено клиническое исследование, в котором пациенты, успешно ответившие на терапию дулоксетином в дозе 60 мг/сут, продолжили прием этого препарата еще в течение 6 месяцев. Противорецидивный эффект дулоксетина контролировался с помощью сравнения с группой пациентов, получавших плацебо.

Методы

Возраст всех пациентов, принявших участие в исследовании, был не менее 18 лет. Диагностический отбор пациентов проводился в соответствии с критериями большого депрессивного расстройства без психотических симптомов по DSM-IV (1). Исходная тяжесть состояния оценивалась как средняя либо тяжелая по шкале депрессии Гамильтона (HRSD₁₇) (6) – не менее 18 баллов и по шкале общего клинического впечатления (CGI-S) (5) – не менее 4 баллов. Кроме того, пациенты должны были иметь как минимум один эпизод большой депрессии в анамнезе.

Дизайн данного исследования предполагал рандомизированную двойную слепую, плацебо-контро-

лируемую многоцентровую схему проведения. Исследование проводилось в США, Франции, Италии и Испании.

Сначала пациенты получали дулоксетин в дозе 60 мг/сут на протяжении 12-ти недель. Затем оценивалась эффективность проведенной терапии. Критериями успешного ответа на лечение были следующие: обратное развитие симптоматики депрессивного расстройства и отсутствие клинических проявлений этого заболевания в течение не менее 2 недель; балл по шкале HRSD₁₇ не более 9; балл по шкале CGI-S не более 2.

На этапе поддерживающей терапии пациенты, успешно ответившие на купирующую терапию дулоксетином, рандомизированно причислялись либо к группе продолжения приема дулоксетина в той же дозе (60 мг/сут), либо к группе плацебо. Период поддерживающей терапии в рамках исследования длился 6 месяцев. В том случае, если на фоне терапии происходил рецидив с возобновлением депрессивной симптоматики, интенсивность фармакотерапевтического воздействия наращивалась. Из группы плацебо пациенты переводились на терапию дулоксетином в исходной дозе 60 мг/сут. При развитии рецидива на фоне терапии дулоксетином было предусмотрено повышение дозы до 120 мг/сут. При этом под рецидивом понималось повторное развитие симптомов депрессии в сочетании с увеличением балла по шкале HRSD₁₇ до 12 и более, либо по шкале CGI-S на 2 балла и более.

Эффективность противорецидивной терапии оценивалась, главным образом, по факту отсутствия или наличия повторного обострения клинических проявлений депрессии. Кроме того, учитывалось время наступления рецидива. Другие показатели эффективности включали баллы по шкалам HRSD₁₇, CGI-S, общего впечатления пациента об улучшении (PGI-I) (5), опроснику для оценки соматических симптомов (SQ-SS) (7), визуально-аналоговым шкалам (3), шкале оценки качества жизни при депрессии (9), шкале нетрудоспособности Шихана (SDS).

* Расширенный реферат статьи, опубликованной в Br. J. Psychiatr. – 2006. – Vol. 188. – P. 346–353.

В течение всего лечения безопасность и переносимость терапии контролировалась путем отслеживания всех возникающих нежелательных явлений и причин досрочного прекращения лечения. Систематически измерялись основные гемодинамические показатели, масса тела и выполнялись лабораторные анализы.

Для статистической обработки данных были использованы методы ковариационного анализа (ANCOVA), дисперсионного анализа (ANOVA) и анализа смешанной модели для повторных измерений (8). Статистически достоверными считались значения межгрупповых различий по выбранным показателям, соответствующие $p < 0,05$.

Результаты

В первой фазе исследования, предполагавшей открытую терапию дулоксетином в дозе 60 мг/сут, приняли участие 533 пациента. Из них 280 пациентов (52,5%) продолжили свое участие во второй фазе исследования, в рамках которой получали двойную слепую противорецидивную терапию с помощью дулоксетина в дозе 60 мг/сут или плацебо.

Эффективность

На фоне терапии дулоксетином (60 мг/сут) средний показатель времени наступления рецидива был значительно большим, чем в условиях приема плацебо ($p = 0,004$). Уже через 1 месяц после начала противорецидивной терапии обозначилось отчетливое различие между группами пациентов, получавшими дулоксетин и плацебо (рис. 1). По мере продолжения лечения это различие все более усиливалось и к концу исследования достигло следующих показателей: 38,3% вероятности рецидива у пациентов без активной терапии и 19,7% в том случае, если осуществлялся поддерживающий прием дулоксетина (60 мг/сут), $p < 0,05$ (табл. 1).

Ответ на терапию дулоксетином (60 мг/сут) к концу этапа купирующей терапии достиг уровня 68% («ответ» определялся как снижение общего балла по шкале HRSD₁₇ на 50% и более по сравнению с исходным). При этом, доля пациентов с ремиссией составила 53% («ремиссия» определялась как достижение общего балла по шкале HRSD₁₇ 7 и менее) (табл. 2). Уже после 1-ой недели лечения дулоксетином (60 мг/сут) была выявлена положительная динамика в состоянии пациентов, которая продолжала нарастать в течение всего купирующего этапа терапии, что нашло отражение в снижении общего балла шкалы HRSD₁₇. ($p < 0,005$) (рис. 2).

На этапе поддерживающей (противорецидивной) терапии пациенты, получавшие дулоксетин (60 мг/сут), значительно реже испытывали повторное обострение депрессивной симптоматики, чем пациенты, которые получали плацебо ($p < 0,01$). Указанное преимущество дулоксетина сохранялось в течение всего периода наблюдения с 14-й по 38-ю недели терапии. В повторении курса купирующей терапии нуждались всего 29 из 132 пациентов, получавших дулоксетин, и 56 из 137 пациентов, которые получали плацебо (табл. 2).

Таблица 1

Вероятность рецидива у пациентов, получавших дулоксетин (60 мг/сут) и плацебо

Принимаемый препарат	Количество пациентов, n	Вероятность рецидива	
		По критериям протокола	По оценке исследователя
		n (%)	n (%)
Плацебо	137	39 (28,5)	59 (43,1)
Дулоксетин (60 мг/сут)	132	23 (17,4)*	29 (21,9)**

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$ в сравнении с пациентами, получающими плацебо.

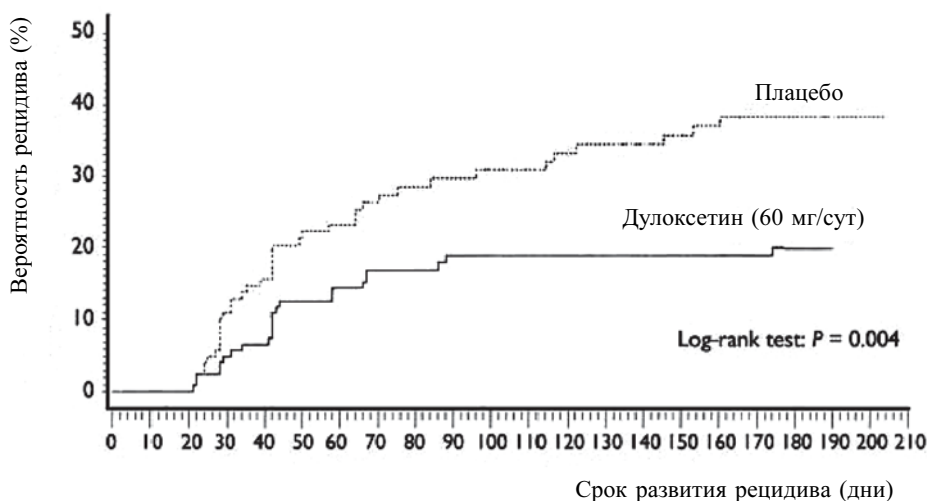


Рис. 1. Вероятность и срок развития повторного обострения с момента начала двойной слепой противорецидивной терапии (анализ с помощью метода Kaplan-Meier)

Доля пациентов, у которых наблюдались ответ на терапию и ремиссия при лечении дулоксетином

Фаза исследования	Принимаемый препарат	Количество пациентов, n	Ответ на терапию n (%)	Ремиссия n (%)
Купирующая терапия	Дулоксетин (60 мг/сут)	511	347 (68,0)	270 (52,8)
Повторная купирующая терапия при рецидиве	Дулоксетин (60 мг/сут)	56	43 (76,8)	32 (57,1)
	Дулоксетин (60 мг 2 раза в день)	29	18 (62,1)	11 (37,9)

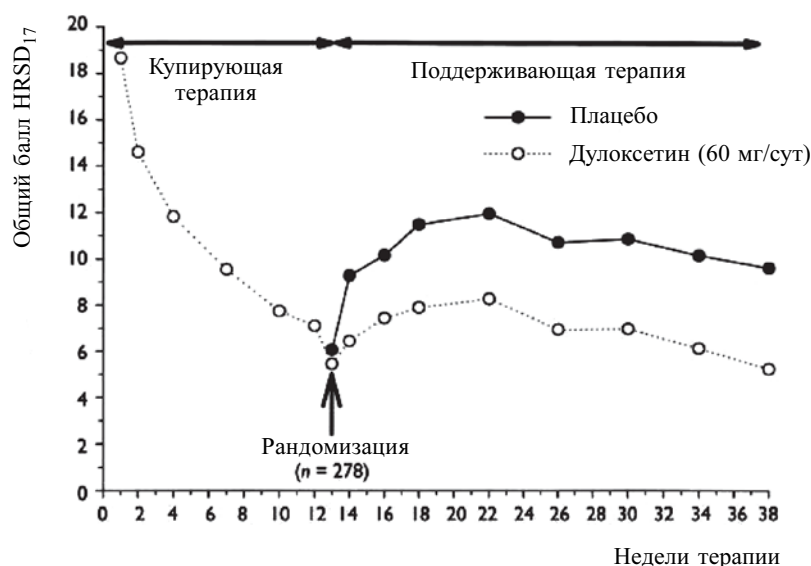


Рис. 2. Динамика общего балла HRSD17 в течение купирующей и поддерживающей (противорецидивной) терапии

Оценка эффективности проводимой терапии осуществлялась не только на основе данных о редукции общего балла HRSD₁₇, но и по ряду других показателей. При этом у пациентов, получавших дулоксетин (60 мг/сут), было достигнуто значительно более выраженное улучшение как аффективных, так и соматовегетативных проявлений депрессии по сравнению с пациентами, получавшими плацебо (табл. 3). Отмеченная врачами-исследователями положительная динамика была подкреплена также субъективными суждениями пациентов об улучшении собственного состояния. Результаты оценки по шкале Общего впечатления пациента (PGI-I) свидетельствуют о превосходстве дулоксетина над плацебо в течение всего периода поддерживающей терапии.

Переносимость

Наиболее типичными нежелательными явлениями, связанными с лечением, на этапе купирующей терапии были следующие: тошнота (n=191 – 36%, в 90% легкой и средней степени тяжести); головная боль (n=108 – 20%, в 86% легкой и средней степени тяжести); сухость во рту (n=95 – 18%, в 96% легкой и средней степени тяжести); сонливость (n=72 – 14%, в 85% легкой и средней степени тяжести); бессонница (n=56 – 11%, в 79% легкой и средней степени тяжести).

Нежелательные явления, приведшие к прекращению лечения в острой фазе, включали тошноту

(n=11; 2,1%), бессонницу (n=4; 0,8%), суицидальные попытки (n=3; 0,6%) и рвоту (n=3; 0,6%). Помимо этого, один пациент умер в результате самоубийства на 16-й день острой фазы. Данный случай самоубийства был расценен как не связанный с исследуемым препаратом.

В период поддерживающей терапии по частоте развития нежелательных явлений группы дулоксетина и плацебо статистически достоверно не различались. В этот период было зарегистрировано по одному случаю появления тревожности, холелитиаза, синдрома раздраженной толстой кишки, нарушения эякуляции и гастроэзофагальной рефлюксной болезни, которые привели к прекращению лечения дулоксетином (60 мг/сут) (n=5; 3,7%). В группе плацебо нежелательные явления, приведшие к прекращению участия в исследовании, включали боли в спине, гипоманию, бессонницу, отклонения от нормы показателей функции печени и парестезию (n=5; 3,5%).

В ходе всего исследования клинически значимого изменения средних показателей артериального давления и частоты сердечных сокращений в конечной точке по сравнению с исходным уровнем не наблюдалось ни в одной из групп.

На протяжении всего исследования клинически значимых или стойких изменений лабораторных показателей у пациентов, получавших дулоксетин, не наблюдалось. В острой фазе отмечалось повышение сывороточных уровней трансаминаз легкой

Таблица 3

Динамика аффективных и соматовегетативных проявлений депрессии на этапе поддерживающей терапии с помощью дулоксетина (60 мг/сут) или плацебо

	Дулоксетин (60 мг/сут)	Плацебо
Среднее изменение от начального к заключительному значению HRSD 17		
Общий балл	2,92***	7,82
Общие соматические симптомы	0,32***	0,61
Тревога	0,85***	2,34
Основные аффективные проявления депрессии	1,56***	3,57
Подшкала Майер	1,91***	4,29
Психомоторная заторможенность	1,28***	3,05
Бессонница	0,19***	1,15
CGI-S	0,57***	1,47
SQ-SS	0,24***	2,47
Визуально-аналоговая шкала		
Общая выраженность боли	2,45	9,04
Головная боль	1,90**	11,35
Боль в спине	1,62*	8,82
Боль в плечевом поясе	-0,20***	8,05
Ограничение активности по причине боли	4,67**	13,38
Общая продолжительность боли	4,13**	14,39
QLDS	-1,07**	3,76
Общий балл SDS	-0,25***	4,51
Заключительный балл PGI-I	2,26***	3,09

Примечание: HRSD₁₇ – Шкала депрессии Гамильтона; CGI-S – Шкала общего клинического впечатления (тяжесть); SQ-SS – Вопросник по соматовегетативным симптомам; QLDS – Шкала Оценки качества жизни при депрессии; SDS – Шкала нетрудоспособности Шихана; PGI-I – Шкала общего впечатления пациента (улучшение); * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,005$, *** – $p < 0,001$ по сравнению с плацебо.

и средней степени у 37 пациентов. В фазе продолжения лечения это явление наблюдалось у 7 пациентов в группе плацебо и у 8 пациентов в группе дулоксетина. Во всех случаях отмечалась спонтанная нормализация уровней трансаминаз, и все пациенты продолжили участие в исследовании. У одного пациента в фазе продолжения лечения зарегистрировано одновременное повышение уровней трансаминаз и билирубина без признаков гемолиза или гипербилирубинемии. Пациент был исключен из исследования, а указанные нежелательные явления разрешились спонтанно через 1 месяц.

Обсуждение

Помимо несомненного влияния депрессии на пациентов и их социальное окружение, следует учитывать, что эффективное лечение этого заболевания, в том числе профилактика последующих рецидивов, имеет важное экономическое значение.

Продолжение лечения. После установления эффективности и хорошей переносимости антидепрессанта пациентом в острой фазе лечения депрессивного эпизода согласно руководствам по лечению

(например, ВОЗ, 1989) терапию этим препаратом рекомендуется продолжать в течение, как минимум, 6 месяцев с целью снижения риска развития рецидива заболевания.

В ходе данного исследования после 12 недель острого лечения дулоксетин (60 мг/сут) безрецидивное течение заболевания наблюдалось у 82,6% пациентов, рандомизированных для продолжения терапии дулоксетин (60 мг/сут) в прежней дозе в течение последующих 26 недель; тогда как в группе плацебо этот показатель составил 71,5%. Это клинически и статистически значимое различие, свидетельствующее об эффективности дулоксетина в профилактике рецидива депрессии.

Разрешение симптоматики. Ожидания пациентов, связанные с лечением антидепрессантами, сводятся к разрешению всех симптомов депрессии, в связи с чем разрешение как эмоциональных, так и соматических симптомов заболевания все чаще и чаще является основной целью терапии. В фазе продолжения лечения в данном исследовании у пациентов, получавших дулоксетин, эффект от лечения сохранялся лучше в сравнении с пациентами, получавшими плацебо, о чем свидетельствовали показатели оценки как эмоциональных, так и соматических симптомов, выполняемой как врачами, так и самими пациентами.

Помимо этого, у пациентов, получавших дулоксетин, отмечалось повышение интереса к повседневной деятельности, улучшение качества жизни и снижение степени нетрудоспособности.

Транзиторное ухудшение и нежелательные явления. Неожиданным явлением было транзиторное ухудшение состояния пациентов как в группе дулоксетина, так и в группе плацебо в течение примерно 10 недель после рандомизации, после чего наблюдалось улучшение состояния. Причиной этого может быть чувство тревоги и неуверенности у пациентов, связанное с возможностью получения плацебо, предвзятость исследователей при выполнении оценок, а также развитие нежелательных явлений, связанных с прекращением лечения у пациентов, рандомизированных в группу плацебо.

Наиболее частым нежелательным явлением, связанным с лечением, в острой фазе являлась тошнота, в большинстве случаев легкой или средней степени тяжести. Причиной прекращения лечения это явление стало в 2,1% случаев.

В фазе продолжения лечения значительных различий по частоте развития нежелательных явлений между группами дулоксетина и плацебо не было. Частота нежелательных явлений в целом была низкой, при этом нежелательные явления стали причиной прекращения лечения всего у 5 пациентов в каждой группе лечения. Среди пациентов, у которых была отмечена хорошая переносимость и эффективность дулоксетина, после включения в фазу продолжения лечения в течение последующих 26 недель нежелательные явления, приведшие к прекращению терапии, развились только у 3,6%.

На протяжении как острой фазы, так и фазы продолжения лечения клинически значимых изменений функции сердечно-сосудистой системы и отклонений лабораторных показателей у пациентов, получавших дулоксетин, не отмечалось. Несмотря на редкие случаи статистически значимых изменений некоторых параметров, эти отклонения были невыраженными и клинически незначимыми. Это свидетельствует о том, что дулоксетин хорошо переносится при длительной терапии и при его назначении для профилактики рецидива развиваются нежелательные явления, аналогичные таковым при назначении препарата для лечения острых состояний, а также при назначении других существующих на

рынке селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

Преимущества и недостатки. Преимуществами данного исследования являются относительно большой размер выборки, приближенность условий проведения острой фазы к клинической практике с точки зрения применения открытой методики лечения, снижение вероятности систематических ошибок за счет маскировки лечения как для врачей, так и для пациентов, снижение дозы препарата для пациентов, получавших плацебо, множественные и независимые оценки как эмоциональных, так и соматических симптомов БДР, и оценка эффективности удвоения дозы как тактики лечения рецидива.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM IV). – Washington, DC: APA, 1994.
2. Bymaster F.P., Dreshfield-Ahmad L.J., Threlkeld P.G. et al. Comparative affinity of duloxetine and venlafaxine for serotonin and norepinephrine transporters in vitro and in vivo, human serotonin receptor subtypes, and other neuronal receptors // *Neuropsychopharmacol.* – 2001. – Vol. 25. – P. 871–880.
3. DeLoach L.J., Higgins M.S., Caplan A.B. et al. The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale // *Anesthesia and Analgesia.* – 1998. – Vol. 86. – P. 102–106.
4. Detke M.J., Lu Y., Goldstein D.J. et al. Duloxetine 60mg once daily dosing versus placebo in the acute treatment of major depression // *J. Psychiatr. Res.* – 2002. – Vol. 36. – P. 383–390.
5. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised. – Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, 1976.
6. Hamilton M. A rating scale for depression // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 1960. – Vol. 26. – P. 56–62.
7. Kellner R.A. A symptom questionnaire // *J. Clin. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 48. – P. 268–274.
8. Mallinckrodt C.H., Clark W.S., David S.R. Type I error rates from mixed-effects model repeated measures compared with fixed-effects ANOVA with missing values imputed via LOCF // *Drug Information J.* – 2001. – Vol. 35. – P. 1215–1225.
9. McKenna S.P., Hunt S.M. A new measure of quality of life in depression: testing the reliability and construct validity of the QLDS // *Health Policy.* – 1992. – Vol. 22. – P. 321–330.
10. Melfi C.A., Chawla A.J., Croghan T.W. et al. The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 55. – P. 1128–1132.
11. Segal Z., Pearson J., Thase M.E. Challenges in preventing relapse in major depression. Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression // *J. Affect. Dis.* – 2003. – Vol. 77. – P. 97–108.
12. World Health Organization. Pharmacotherapy of depressive disorders: consensus statement. WHO Mental Health Collaborating Centres // *J. Affect. Dis.* – 1989. – Vol. 17. – P. 197–198.

DULOXETINE IN THE PREVENTION OF RELAPSE OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: DOUBLE-BLIND PLACEBO-CONTROLLED STUDY

D. G. Perahia, I. Gilaberte, F. Wang, C. G. Wiltse, S. A. Huckins, J. W. Clemens, S. A. Montgomery, A. I. Montejo, M. J. Detke

Background. Relapse rates may be as high as 50% in people with major depressive disorder (MDD) previously treated to remission.

Aims. Duloxetine, an inhibitor of serotonin and noradrenaline reuptake that is licensed in Europe, the USA and elsewhere for the treatment of depressive episodes, was evaluated with regard to its efficacy, safety and tolerability in the prevention of relapse of MDD.

Method. Adult out-patients with MDD received duloxetine (60 mg daily) for 12 weeks (n=533). Patients who responded to the drug were then randomised to duloxetine (60 mg daily) (n=136) or placebo

(n=142) for 26 weeks. The primary measure of efficacy was time to relapse.

Results. Patients who received duloxetine (60 mg daily) experienced significantly longer times to relapse of MDD, and better efficacy, global well-being, and quality-of-life outcomes compared with patients who received placebo. It should be noted that adverse events which occur in discontinuation may mimic some signs of depressive relapse, and were not specifically elicited in this study.

Conclusions. Duloxetine (60 mg daily) is effective in the prevention of relapse of MDD during continuation treatment.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРИПИПРАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И РИСК*

Л. Дратку, П. Олову, М. Хорами, Ч. Константириди

Великобритания

Арипипразол является новым атипичным антипсихотическим препаратом, отличие которого от других средств данной группы состоит в том, что он действует по отношению к D2-рецепторам как частичный агонист (16). Кроме того, арипипразол проявляет частичный агонизм по отношению к серотониновым рецепторам 5-HT_{1A}, а также является антагонистом 5-HT_{2A}-рецепторов. Была продемонстрирована эффективность и хорошая переносимость арипипразола при его использовании в целях профилактики рецидива у пациентов с хронической стабильной шизофренией (20). Данный препарат не менее эффективен, чем галоперидол при долговременной терапии пациентов с обострением хронической шизофрении, в то же время, частота ЭПС при назначении арипипразола была ниже (13). В 2004 году применение арипипразола было одобрено в странах ЕС, однако, риски и преимущества, связанные с терапией данным препаратом пациентов с тяжелыми психотическими расстройствами в условиях отделений неотложной помощи до сих пор полностью не определены.

Методика исследования

Исследование проводилось на базе 18-кочного мужского отделения неотложной психиатрической помощи городской Лондонской клиники, обслуживающего пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с тяжелыми психическими заболеваниями. Большинство пациентов поступает в недобровольном порядке. В соответствии с законом о психиатрической помощи Англии и Уэльса, принятым в 1983 году, такие пациенты должны, по крайней мере, первое время удерживаться в клинике. Отделение характеризуется высокой пропускной способностью. Выписка производится в установленном порядке, по достижении удовлетворительного состояния пациентов, их дальнейшее ведение осуществляют учреждения территориальной психиатрической службы (ТПС). Сред-

няя продолжительность госпитализации составляет 4–6 недель, иногда до 20% пациентов могут находиться в отделении несколько месяцев.

Данное исследование являлось проспективным натуралистическим. В исследование были включены первые десять пациентов, поступивших в отделение с целью диагностики и лечения острого психотического состояния, соответствующего диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10 (25), для которых применение атипичных антипсихотиков рассматривалось как метод выбора. Диагноз шизофрении устанавливался после подробного клинического опроса каждого пациента и последующего обсуждения специалистами в мультидисциплинарной группе. Каждый пациент при поступлении оценивался по краткой психиатрической шкале (BPRS) (3), которая включает 18 вопросов, оцениваемых от 0 до 4 баллов каждый, общее количество баллов от 0 до 72. В исследование включались только те пациенты, результат оценки которых по шкале составлял не менее 40 баллов. Авторы следовали рекомендациям NICE (19) и перед началом проведения терапии обсуждали возможные варианты фармакологического лечения. Все пациенты проходили стандартные лабораторные тесты, которые включали развернутый общий анализ крови, функциональные печеночные пробы и тиреоидные гормоны, а также общий анализ мочи. Результаты всех анализов были в пределах нормы. Критерии исключения из исследования: сопутствующая терапия другим антипсихотическим препаратом, антидепрессантами либо нормотимиками, или же злоупотребление любыми запрещенными психоактивными веществами в течение недели, предшествовавшей госпитализации.

Десять пациентов получали арипипразол внутрь в терапевтических дозах, варьирувавших от 15 до 30 мг/сут, в течение не менее 4-х недель со дня поступления. Спустя четыре недели при отсутствии ответной реакции на терапию арипипразолом, пациенты могли перейти на прием альтернативного антипсихотического препарата. Лечение арипипразо-

* Расширенный реферат статьи, опубликованной в *Neuropsychiatric disease and treatment*. – 2006. – Vol. 2, N 2. – P. 1–7.

лом могло быть прервано в случае развития тяжелых побочных эффектов либо при неудовлетворительном терапевтическом результате. Кроме арипипразола допускалось назначение лоразепама при развитии возбуждения и беспокойства и антихолинэргических препаратов для коррекции ЭПС, а также в случае необходимости других непсихотропных средств. Нефармакологическое лечение, которое включало трудовую и групповую терапию, осуществлялось в соответствии со стандартными протоколами, действующими в данном отделении. Состояние каждого пациента, получавшего арипипразол, оценивал специально обученный независимый психиатр, не участвовавший в назначении препарата. Оценка производилась с использованием шкалы BPRS с частотой 1 раз в неделю: при поступлении (исходная оценка по BPRS) и впоследствии еженедельно в течение 4-х недель в один и тот же день недели. Авторы исследования в качестве критерия ответа на терапию произвольно выбрали снижение оценки каждого пациента по шкале BPRS на 20 баллов от исходного уровня. Кроме того, фиксировались эффекты терапии, определяемые специалистами мультидисциплинарной группы, а также нежелательные реакции на терапию арипипразолом и результат стационарного лечения спустя 6 недель для каждого больного. Для построения модели результатов проводили описательный статистический анализ, а для оценки изменений результатов обследования по шкале BPRS использовали t-тест Стьюдента.

Результаты

В исследование были включены 10 пациентов с диагнозом шизофрения, средний возраст которых составлял 36 лет (от 19 до 50 лет). Продолжительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 33 лет (медиана – 30 мес.; среднее значение $6,5 \pm 9,1$ лет). Шестеро пациентов ранее уже находились на стационарном лечении. У пятерых больных в анамнезе имелись указания на злоупотребление алкоголем и наркотиками (главным образом, марихуаной), трое страдали сопутствующими заболеваниями (один – бронхиальной астмой, у двоих других отмечался выраженный избыток массы тела). Один пациент был ВИЧ-положительным. Он жаловался на постоянную гиперсаливацию и грубые двигательные нарушения, которые являлись проявлением поздней дискинезии (ПД). Большинство больных ($n=7$) ранее получали антипсихотические препараты, трем пациентам указанные средства никогда не назначали. При поступлении степень тяжести психотических симптомов оценивалась как умеренная и тяжелая, что подтверждалось результатом оценки по BPRS (средний балл на исходном уровне составлял $48,8 \pm 8,2$ ($n=10$), варьировал от 40 до 65 баллов). Изменения результата оценки по BPRS (снижение оценки на 20 баллов), которые отмечались у большинства пациентов ($n=7$), свидетельствовали о развитии ответной реакции на терапию арипипразолом

в течение 4-х недель. Значительное снижение среднего балла по BPRS до $35,4 \pm 15,6$ ($n=10$; $T_9=3,96$, $p=0,003$) отмечалось после 2-х недель терапии арипипразолом. Однако, среди пациентов, ответивших на терапию ($n=7$), среднее время достижения ответной реакции составляло 3 недели. Два пациента, у одного из которых отмечалась ответная реакция, у другого – нет, прекратили терапию арипипразолом спустя 3 недели. В конце четвертой недели средняя оценка по BPRS для восьми пациентов, получавших терапию арипипразолом не менее 4-х недель, составляла $23,1 \pm 17,5$ ($T_7=5,89$, $p=0,001$), а для шести пациентов с ответной реакцией, выполнивших программу исследования – $16,0 \pm 12,2$ ($T_5=9,86$, $p=0,0001$). Основные терапевтические эффекты терапии арипипразолом, по оценке специалистов, включали уменьшение выраженности позитивных и негативных симптомов шизофрении. Клинические изменения в группе пациентов с ответной реакцией на терапию описывались как «отсутствие параноидных, психотических, негативных симптомов» и «улучшение социального взаимодействия». Никаких инцидентов с участием пациентов, получавших арипипразол, на протяжении исследования медицинским персоналом не было отмечено. Четверо из семи пациентов, ответивших на терапию, были выписаны в течение 6-ти недель после поступления. Двое больных, у которых ответная реакция наблюдалась в течение 4-х недель, спустя 6 недель не достигли значительного улучшения ($BPRS > 20$), в связи с чем находились в клинике еще несколько недель до появления отсроченной ответной реакции на терапию арипипразолом. После этого они могли быть выписаны. Один пациент прервал терапию спустя 3 недели; к этому времени у него уже отмечалась ответная реакция на терапию. Следует отметить, что в результате лечения арипипразолом у этого пациента наблюдалось значительное уменьшение выраженности дискинетических нарушений. При поступлении речь и жевание пациента в значительной степени затруднялись внезапными, выраженными непроизвольными ормандибулярными спастическими движениями. Кроме того, он не мог сидеть либо оставаться в неподвижном положении вследствие частых крупноразмашистых движений туловища и конечностей. Спустя две недели после начала терапии арипипразолом дискинетические проявления у данного пациента значительно уменьшились, в результате чего стало возможным проведение более длительной беседы, пациент смог нормально жевать, а также подключился к трудовой терапии. Восемь пациентов наряду с арипипразолом получали другие препараты. В большинстве случаев это был лоразепам, который назначали при необходимости достижения седативного эффекта ($n=6$), тем не менее, доза и частота назначения данного препарата среди пациентов, получавших арипипразол, были не выше, чем у больных, получавших другие антипсихотики. Одному пациенту, в анамнезе у которого отмечалось

злоупотребление алкоголем, был назначен витамин В, а другому – гиосцина гидробромид для уменьшения выраженности гиперсаливации. Ни у одного из больных, получавших арипипразол, не возникло необходимости в назначении антихолинэргических препаратов для коррекции ЭПС.

Нежелательные реакции на терапию арипипразолом отмечались у трех пациентов. У одного из них наблюдались легкие периоральные непроизвольные движения, которые самостоятельно прошли в течение нескольких дней. Другой больной после повышения дозы арипипразола с 15 мг до 30 мг/сут стал предъявлять жалобы на сонливость. У одного пациента терапия арипипразолом была прервана в конце 3-ей недели после проведения общего анализа крови, результаты которого выявили снижение количества лейкоцитов (особенно нейтрофилов). Аналогичные изменения количества лейкоцитов наблюдались у данного пациента после предыдущих курсов терапии рисперидоном и оланзапином.

Среди трех пациентов, у которых отсутствовала ответная реакция на арипипразол, был один, который не соблюдал режим приема пероральных препаратов, в связи с чем, спустя 3 недели он был переведен на терапию внутримышечной депонированной формой традиционного антипсихотика. Приверженность терапии арипипразолом двух других больных была удовлетворительной. Так как спустя четыре недели у них не отмечалось ответной реакции на препарат, им были назначены альтернативные атипичные антипсихотические препараты. В конечном итоге один из них ответил на терапию пероральной формой рисперидона, а другой – на терапию оланзапином.

Обсуждение

Результаты клинических исследований продолжительностью до 6 недель, проводившиеся с участием пациентов с острой психотической симптоматикой, показали, что по сравнению с плацебо, арипипразол так же эффективно купирует психотические симптомы, как галоперидол и рисперидон (12, 15, 21). Однако эффективность антипсихотических препаратов, продемонстрированная в рандомизированных контролируемых исследованиях не всегда подтверждается в повседневной клинической практике. Клиническое наблюдение, проведенное вне контролируемых условий научного исследования, в жесткой среде отделения неотложной психиатрической помощи, представляет собой хорошую возможность для оценки рисков и преимуществ антипсихотической терапии именно там, где она наиболее необходима (9). Данное исследование было небольшим, но, насколько известно, это первое сообщение об использовании арипипразола в качестве монотерапии в натуралистических условиях отделения неотложной психиатрической помощи городской клиники.

Клинико-демографический профиль исследуемой группы являлся достаточно типичным для популяции пациентов мужского пола, поступающих в данное отделение с целью лечения психотических расстройств. Средний возраст пациентов составлял 36 лет, большинство из них были больны уже в течение ряда лет, ранее уже получали антипсихотические препараты и находились на стационарном лечении. У половины пациентов в анамнезе имелись подтвержденные сведения о злоупотреблении психоактивными веществами. Пациент, который был моложе всех в группе, поступил в отделение впервые. На момент поступления у всех больных отмечались выраженные симптомы психоза.

У большинства пациентов в течение 4-х недель была достигнута ответная реакция на терапию арипипразолом в терапевтических дозах. Несмотря на то, что значительное уменьшение выраженности симптомов отмечалось уже спустя 2 недели, среднее время терапевтического ответа (снижение исходной оценки по BPRS на 20 баллов) у респондеров составляло 3 недели. Полученный в настоящем исследовании уровень ответа на терапию арипипразолом (70%) соответствует аналогичному показателю, опубликованному в других источниках (например, 13), кроме того, он был достигнут за период времени, сопоставимый с временными рамками лечения в отделении неотложной психиатрической помощи. Улучшение клинической симптоматики, которое отмечалось как со стороны позитивных, так и со стороны негативных симптомов шизофрении, было подтверждено мнением независимых клинических специалистов, а также тем, что большинство пациентов, ответивших на терапию арипипразолом, были выписаны в течение 6 недель с момента поступления, а оставшиеся – на несколько недель позже после достижения отсроченной реакции.

Также наблюдался непрогнозируемый результат терапии арипипразолом – заметное улучшение тяжелых дискинетических проявлений в течение 2-х недель после назначения препарата пациенту, страдавшему поздней дискинезией (ПД). Уменьшение выраженности дискинетических симптомов в результате терапии арипипразолом, возможно, связано с частичным агонизмом препарата по отношению к D2 рецепторам дофамина (4). В условиях избытка дофамина, как, например, в клетках нигростриарного пути у пациентов с ПД, арипипразол, вероятнее всего, будет действовать как антагонист дофаминэргической передачи. В отличие от других антагонистов дофамина, арипипразол способен к восстановлению прежнего функционального уровня дофаминэргической активности, так как его антагонистический эффект зависит от наличия данного нейромедиатора. Возможно, что частичный антагонизм арипипразола по отношению к D2 рецепторам будет иметь положительное значение и при других заболеваниях, связанных с нарушением функции дофаминэргической системы. Действительно,

имеются сообщения об улучшении клинических симптомов в результате терапии арипипразолом не только при поздней дискинезии (10), но и при синдроме Туретта (14), синдроме беспокойных ног (17), синдроме Аспергера (23) и обсессивно-компульсивном расстройстве (8). В большинстве случаев с целью достижения седативного эффекта пациентам, получающим арипипразол, требовалось дополнительное назначение лоразепама, тем не менее, доза и частота назначения лоразепама среди пациентов, получавших арипипразол, были не выше, чем у больных, получавших другие атипичные антипсихотические средства. Поскольку никаких инцидентов с участием пациентов, получавших арипипразол, в период их нахождения в отделении не отмечалось, специалисты данного отделения (которые поначалу были настроены слегка скептически) пришли к заключению о приемлемости данного препарата для терапии пациентов с острыми психотическими проявлениями. Последующая постепенная отмена лоразепама у пациентов, ответивших на терапию арипипразолом, не сопровождалась развитием осложнений, и все пациенты на момент выписки получали арипипразол в виде монотерапии.

Ни у одного из больных, получавших арипипразол, не возникло необходимости в назначении антихолинэргических препаратов для коррекции ЭПС. Это согласуется с результатами рандомизированных контролируемых исследований, посвященных использованию арипипразола у пациентов с шизофренией, которые продемонстрировали, что частота развития ЭПС при терапии данным препаратом сходна с таковой в группе плацебо (13, 20). Однако в настоящем исследовании у одного пациента отмечались транзиторные непроизвольные оральные движения, которые постепенно прошли самостоятельно. Возможно, это является напоминанием о том, что некоторые больные при терапии арипипразолом подвержены развитию ЭПС (7, 18, 22) и, вероятно, в крайне редких случаях – злокачественного нейролептического синдрома (6). Один больной после повышения дозы арипипразола с 15 мг/сут до 30 мг/сут стал предъявлять жалобы на сонливость. Данная реакция имела преходящий характер и, возможно, связана с фармакологическим средством арипипразола к серотониновым рецепторам (16). У одного пациента терапию арипипразолом пришлось отменить вследствие развития нейтропении спустя 3 недели после начала лечения. Аналогичные изменения количества лейкоцитов наблюдались у данного пациента после предыдущих курсов терапии рисперидоном и оланзапином, соответственно, маловероятно, что данная гематологическая реакция была специфической в ответ на назначение арипипразола. После отмены препарата количество лейкоцитов у данного пациента нормализовалось, однако, впоследствии нейтропения вновь отмечалась при назначении больному рисперидона. Отмечалась взаимосвязь между использованием как традиционных, так и атипичных антипсихотических средств

и развитием нейтропении/агранулоцитоза. С появлением клозапина данная взаимосвязь стала еще прочнее (1), однако, с помощью MEDLINE не было найдено ни одного сообщения о взаимосвязи терапии арипипразолом и нарушениями гематологических параметров. Пациент был ВИЧ-положительным, однако, он никогда не получал антиретровирусной терапии. Кроме того, если не принимать во внимание гиперсаливацию и позднюю дискинезию, его состояние при поступлении было удовлетворительным. Возможно, что наличие ВИЧ-инфекции сделало данного пациента более уязвимым по отношению к развитию нейтропении, индуцированной терапией антипсихотическими средствами, независимо от используемого препарата. Арипипразол в данном случае также не являлся исключением. Если так, то полученные данные могут служить клиницистам в качестве предупреждения о возможных проблемах фармакотерапии психоза у ВИЧ-инфицированных пациентов. С другой стороны, это также может свидетельствовать о том, что арипипразол, так же, как и другие антипсихотические препараты, у некоторых больных способен вызывать развитие нейтропении, независимо от их ВИЧ статуса. Определить риск развития нейтропении станет возможно, если в будущем появятся сообщения о сходных случаях.

Из трех пациентов, у которых не наблюдалось ответной реакции на терапию, один не соблюдал режим приема пероральных средств, поэтому его реальная восприимчивость к терапии арипипразолом так и не была установлена. Состояние указанного больного улучшилось после назначения внутримышечных инъекций депонированной формы антипсихотического препарата. Двое других пациентов, у которых не отмечалась ответная реакция на терапию арипипразолом, были, как ни странно, самый старый и самый молодой участники, возраст которых составлял, соответственно, 50 и 19 лет, а продолжительность заболевания наибольшая и наименьшая, с самым большим ($n > 10$) и самым меньшим ($n = 0$) количеством поступлений в стационар. Нельзя исключить дальнейшую интерпретацию указанной ситуации, а также возможность развития ответной реакции на терапию арипипразолом в случае, если бы продолжительность терапии составляла более 4-х недель. Тем не менее, в случае отсутствия реакции на один атипичный антипсихотический препарат, пациент может ответить на терапию другим препаратом данного класса (19). Один пациент, стаж заболевания которого исчислялся десятилетиями, в конечном итоге ответил на терапию рисперидоном, а другой, у которого начало заболевания манифестировало психотическим расстройством, явившимся показанием для настоящей госпитализации, оказался восприимчивым к оланзапину.

Таким образом, авторы статьи пришли к заключению о том, что использование атипичных антипсихотических препаратов в отделениях нео-

тложной помощи для лечения психотических больных шизофренией является безопасным и эффективным. Терапия арипипразолом хорошо переносилась пациентами, способствовала значительному снижению выраженности тяжелых психотических симптомов спустя 2–3 недели, и, хотя у некоторых больных развитие ответной реакции было отсроченным, все пациенты, оказавшиеся восприимчивыми к терапии, были благополучно выписаны из клиники (большинство в течение 6 недель), получая монотерапию арипипразолом. В настоящее время к применению на практике доступны только таблетки арипипразола для приема внутрь, что ограничивает использование данного препарата у пациентов, отказывающихся от перорального приема медикаментов. Пациенты, у

которых не отмечалась ответная реакция на терапию, оказались восприимчивыми к альтернативным антипсихотическим средствам. Арипипразол не лишен способности вызывать развитие побочных эффектов, однако большинство из них были легкими и преходящими. Механизм действия данного препарата как частичного агониста дофаминовых D2 рецепторов у некоторых больных может являться причиной развития ЭПС, однако, данное свойство может способствовать достижению терапевтического эффекта при заболеваниях, также связанных с дисфункцией дофаминэргической системы. Кроме шизофрении (2, 8, 23), указанные расстройства включают позднюю дискинезию и, возможно, некоторые другие экстрапирамидные нарушения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Alvir J.M., Lieberman J.D., Satterman A.Z. et al. Clozapine-induced agranulocytosis. Incidence and risk factors in the United States // *N. Engl. J. Med.* – 1993. – Vol. 329. – P. 162–167.
2. Barbee J.G., Conrad E.J., Jamhour N.J. Aripiprazole augmentation in treatment-resistant depression // *Ann. Clin. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 16. – P. 189–194.
3. Bech P., Kastrup M., Rafaelsen O.J. Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1986. – Vol. 73, Suppl. 326. – P. 32–36.
4. Burris K.D., Molski T.F., Xu C. et al. Aripiprazole, a novel antipsychotic, is a high-affinity partial agonist at human dopamine D2 receptors // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* – 2002. – Vol. 302. – P. 381–389.
5. Carlsson A. The rise of psychopharmacology: impact on basic and clinical neuroscience / D.Healy (Ed.). *The psychopharmacologists.* – London: Chapman and Hall, 1996. – P. 51–80.
6. Chakraborty N., Johnston T. Aripiprazole and neuroleptic malignant syndrome // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2005. – Vol. 19. – P. 351–353.
7. Cohen S.T., Rulf D., Pies R. Extrapyramidal side effects associated with aripiprazole co-prescription in two patients // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 66. – P. 135–136.
8. Connor K.M., Payne V.M., Gadde K.M. et al. The use of aripiprazole in obsessive-compulsive patients: preliminary observations in 8 patients // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 66. – P. 49–51.
9. Dratcu L., Grandison A., Adkin A. Acute hospital care in inner London: splitting from mental health services in the community // *Psychiatr. Bull.* – 2003. – Vol. 27. – P. 83–86.
10. Duggal H.S. Aripiprazole-induced improvement in tardive dyskinesia // *Can. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 48. – P. 771–772.
11. Goldstein J.M. The new generation of antipsychotic drugs: how atypical are they? // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* – 2000. – Vol. 3. – P. 339–349.
12. Kane J.M., Carson W.H., Saha A.R. et al. Efficacy and safety of aripiprazole and haloperidol versus placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder // *J. Clin. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63. – P. 763–771.
13. Kasper S., Lerman N., McQuade R.D. et al. Efficacy and safety of aripiprazole vs. haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* – 2003. – Vol. 6. – P. 325–327.
14. Kastrup A., Schlotter W., Plewnia C. et al. Treatment of tics in Tourette syndrome with aripiprazole // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 25. – P. 64–96.
15. Marder S.R., McQuade R.D., Stock E. et al. Aripiprazole in the treatment of schizophrenia: safety and tolerability in short-term, placebo controlled trials // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 61. – P. 123–136.
16. McGavin J.K., Goa K.L. Aripiprazole // *CNS Drugs.* – 2002. – Vol. 16. – P. 779–786.
17. McLean A.J. The use of the dopamine-receptor partial agonist aripiprazole in the treatment of restless legs syndrome // *Sleep.* – 2004. – Vol. 27. – P. 1022.
18. Mendhekar D.N. Aripiprazole-induced rabbit syndrome // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 38. – P. 561.
19. [NICE] National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of newer (atypical) antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia // *Technology Appraisal Guidance.* – 2002. – N 43.
20. Pigott T.E., Carson W.H., Saha A.R. et al. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P. 1048–1056.
21. Potkin S.G., Saha A.R., Kukawa M.J. et al. Aripiprazole, an antipsychotic with a novel mode of action, and risperidone vs placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 681–690.
22. Sajbel T.A., Cheney E.M., Dequardo J.R. Aripiprazole-associated dyskinesia // *Ann. Pharmacother.* – 2005. – Vol. 39. – P. 200–201.
23. Staller J.A. Aripiprazole in an adult with Asperger disorder // *Ann. Pharmacother.* – 2003. – Vol. 37. – P. 1628–1631.
24. Tamminga C.A., Woerner M.G. Clinical course and cellular pathology of tardive dyskinesia // *Neuropsychopharmacology. The fifth generation of progress* / K.L.Davis, D.Charney, J.T.Coyle et al. (Eds.). – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. – P. 1831–1841.
25. [WHO] World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. – Geneva: WHO, 1994.

ARIPIPRAZOLE IN THE ACUTE TREATMENT OF MALE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: EFFECTIVENESS, ACCEPTABILITY, AND RISKS IN THE INNER-CITY HOSPITAL SETTING

L. Dratcu, P. Olowu, M. Hawramy, Ch. Konstantinidou

Aripiprazole, a novel atypical antipsychotic that acts as a partial agonist at the dopamine D2 receptors, has been reported to be effective in the treatment of chronic schizophrenia. However, the risks and benefits of using aripiprazole in the acute hospital setting to treat severe psychotic disorders are unclear. This naturalistic study assessed the effectiveness of aripiprazole monotherapy in a group of actively psychotic male patients (n=10) with schizophrenia who were admitted to an inner-city acute psychiatric unit. Most patients (n=7) responded to aripiprazole treatment, which was well tolerated and significantly ameliorated psychotic symptoms after 2–3 weeks. Patients who responded to it could be safely discharged

on aripiprazole monotherapy. Side effects observed were mostly mild and transient, and included extrapyramidal symptoms (n=1) and neutropenia (n=1). Aripiprazole also remarkably attenuated dyskinetic movements in 1 patient with severe tardive dyskinesia, thereby suggesting that it may be useful in the treatment of other disorders that are also associated with dopamine dysfunction. Results showed that aripiprazole can be safely and effectively employed in the hospital setting to treat severely psychotic patients with schizophrenia, but further studies are required to establish the full range of adverse reactions and therapeutic indications associated with its use.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ В ТЕРАПИИ СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ АМИСУЛЬПРИДОМ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С РЕГИСТРАЦИЕЙ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ*

М. Мюллер, Б. Регенбоген, Ж. Саш, Ф. Эйк, С. Харттер, К. Хьёмке

Германия

Различия между полами в отношении начала развития и течения шизофрении связывают с генетическими, эндокринными и психосоциальными факторами (14, 18, 22, 36, 40). Однако нет достаточных данных о различиях ответа на терапию антипсихотическими препаратами (10, 19). В целом, у женщин, больных шизофренией, чаще развиваются побочные эффекты; риск их развития примерно в 1,5 раза выше, чем у мужчин (34). В частности, у женщин, получающих терапию некоторыми антипсихотическими препаратами, более высок риск увеличения интервала QTc (8). Минимально эффективные дозировки большинства антипсихотиков, которые метаболизируются в печени при участии цитохромов P450, на 25–50% ниже у женщин в сравнении с мужчинами (15, 28). В отношении традиционных антипсихотиков неоднократно сообщалось о том, что при схожем клиническом исходе дозы препаратов у мужчин, страдающих шизофренией, в 1,5–2 раза выше, чем у женщин (2, 36).

Однако в большинстве случаев при выборе доз препаратов, используемых в терапии, не учитывается половая принадлежность (38). На сегодняшний день накоплено мало данных о гендерных различиях в отношении селективного антагониста дофаминовых D2/D3 рецепторов амисульприда (доза, концентрация в плазме крови, клинический ответ и переносимость). Атипичный антипсихотик амисульприд эффективен в отношении продуктивных, негативных и депрессивных симптомов шизофрении, а также характеризуется низкой частотой развития экстрапирамидных симптомов и повышения массы тела (6, 21, 31, 32). Он часто рекомендуется для комбинации с другими атипичными антипсихотическими препаратами у резистентных пациентов (5, 20). Заметное повышение уровня пролактина, особенно у женщин (9, 11, 28, 37), связанное с антагонистическим действием амисульприда в отношении

D2 рецепторов, может приводить к нежелательным клиническим явлениям (17, 27, 39). Для терапии острой продуктивной симптоматики при шизофрении рекомендуются дозы препарата от 400–800 мг (26, 30); у пациентов с выраженной продуктивной симптоматикой применяют высокие дозы препарата до 1 600 мг (24).

Амисульприд практически полностью выводится из организма почками, не подвергаясь метаболизму в печени и не вступая в какие-либо взаимодействия. Таким образом, гендерные различия, обусловленные метаболизмом в системе цитохрома P450, в случае с амисульпридом отсутствуют. Известно, что функция почек, оцениваемая креатининовым клиренсом, снижается с возрастом (на 5–10% каждые 10 лет) (29) и что среди всех возрастов уровень почечной экскреции на 10–15% ниже у женщин, чем у мужчин (16). Следовательно, при использовании одинаковых доз препарата даже у здоровых женщин уровень концентрации амисульприда в плазме крови будет выше, чем у мужчин. К настоящему времени только в одном исследовании (4) оценивалась концентрация амисульприда в плазме крови у 85 больных шизофренией. Была выявлена зависимость уровня концентрации амисульприда в плазме крови с поправкой на дозу от возраста и половой принадлежности, при этом у пожилых пациентов и женщин этот показатель был выше в сравнении с молодыми пациентами и мужчинами. Не было обнаружено зависимости от никотина, бензодиазепинов и традиционных антипсихотиков, в то время как применение солей лития и клозапина в сопутствующей терапии приводило к значительно более высоким уровням концентрации амисульприда в плазме крови. Однако в этом исследовании (4) не оценивались гендерные различия в отношении клинической эффективности и переносимости. Настоящее исследование планировалось таким образом, чтобы выяснить гендерные различия при терапии амисульпридом также в отношении клинического исхода при острой шизофрении.

* Расширенный реферат статьи, опубликованной в *Pharmacopsychiatry*. – 2006. – Vol. 39. – P. 41–46.

Материал и методы исследования

Материал исследования. В клиническом натуралистическом исследовании с регистрацией побочных эффектов лекарственных средств были обследованы стационарные больные шизофренией, получающие терапию амисульпридом (400–1200 мг). Оценивались следующие параметры: возраст, пол, суточная дозировка препарата в стабильном состоянии (мг/сут), минимальная концентрация амисульприда в плазме крови в стабильном состоянии (нг/мл), клинический ответ (CGI, подшкала 2) (12) и побочные эффекты (модифицированная шкала UKU) (25). Критериями включения в исследование были следующие: обострение шизофрении в соответствии с критериями DSM-IV или МКБ-10; возраст 18–70 лет; использование амисульприда в качестве антипсихотической монотерапии на протяжении как минимум двух недель в дозе 400–1200 мг/сут; стабильное состояние, то есть неизменная дозировка амисульприда на протяжении как минимум 5 дней; отсутствие в сопутствующей терапии антидепрессантов или стабилизаторов настроения.

Клинический ответ и переносимость. «Незначительный ответ» или «умеренный ответ» определялись как улучшение по шкале CGI (подшкала «выраженность улучшения») (12). Побочные эффекты и переносимость терапии оценивались с помощью модифицированной шкалы UKU (шкала для оценки побочных эффектов терапии) (25); общая переносимость оценивалась по 4-х балльной шкале оценки побочных эффектов UKU (0 – отсутствие; 1 – минимальные; 2 – умеренные; 3 – тяжёлые). Каждый побочный эффект (например, экстрапирамидные симптомы, ажитация) оценивался отдельно (0 – отсутствие; 1 – наличие).

Определение концентрации амисульприда в плазме крови. Минимальный уровень концентрации амисульприда в плазме крови определялся в стабильном состоянии (по крайней мере 5 дней терапии на фиксированной дозировке препарата; через 12 часов после последнего приёма препарата) с использованием жидкостной хроматографии высокого разрешения и спектрофотометрического определения (35). Данные об уровне концентрации амисульприда в плазме крови определялись также с поправкой на дозу препарата (уровень в плазме крови/суточная дозировка). Изучалось только однократное измерение у каждого пациента (первый забор материала в стабильном состоянии).

Статистика. Для анализа данных использовалась описательная статистика; категориальные данные анализировались с помощью тестов χ^2 . Для сравнения по группам были использованы t-тесты и дисперсионный анализ (ANOVA). Отклонения были учтены с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Статистическая значимость была установлена на уровне $\alpha=0,05$.

Результаты

В выборку вошло 99 пациентов (61,6% муж., 38,4% жен.) с острой шизофренией. При этом мужчины составили большую часть выборки ($p<0,05$). В табл. 1 представлены данные о характеристике выборки и клинического исхода. Возрастной диапазон составил 18,4–66,3 лет; 7 пациентов (7%, все жен.) были старше 50 лет. Амисульприд назначался в дозировках от 400–1 200 мг. Большинство пациентов получало амисульприд в дозе 600–800 мг/сут.

Суточные дозировки препарата были несколько выше у женщин (без статистической достоверности).

Таблица 1

Характеристика выборки и выявленные клинические данные

	Женщины	Мужчины	Различия между группами
n	38	61	$p=0,021$
Возраст (лет)	$38,5\pm 11,8$	$32,3\pm 10,9$	$p=0,010$
Дозировка амисульприда (мг/сут)	665 ± 229	673 ± 216	незначимо*
400–600 мг	23 (61%)	30 (49%)	
601–800 мг	9 (24%)	24 (39%)	
801–1 000 мг	4 (10%)	4 (7%)	
1 001–1 200 мг	2 (5%)	3 (5%)	
Уровень концентрации амисульприда в плазме крови (нг/мл)	395 ± 227	287 ± 247	$p=0,048^*$
Уровень концентрации в плазме крови с поправкой на дозу (нг/мл/мг)	$0,60\pm 0,39$	$0,41\pm 0,31$	$p=0,007^*$
Клинический ответ (CGI-2)			незначимо*
Выраженное улучшение	12 (32%)	14 (23%)	
Умеренное улучшение	15 (39%)	25 (41%)	
Незначительное (лёгкое) улучшение	3 (8%)	8 (13%)	
Отсутствие улучшения/ухудшение	8 (21%)	14 (23%)	
Побочные эффекты (UKU)			
Пациенты с каким-либо побочным эффектом	14 (37%)	25 (41%)	незначимо
Среднее тяжести побочных эффектов	$0,45\pm 0,65$	$0,52\pm 0,72$	незначимо*

Примечание: * – результаты неизменны после поправки на возраст (ANCOVA); корреляции между возрастом и уровнем концентрации в плазме крови с поправкой на возраст были статистически незначимы.

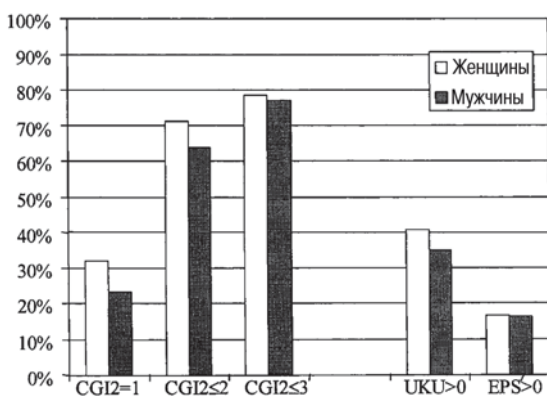


Рис. 1. Количество респондеров и соотношение мужчин и женщин с побочными эффектами и ЭПС

Примечание: CGI2 – клинический ответ; CGI2=1 – выраженное улучшение; CGI2≤2 – умеренное улучшение; CGI2≤3 – незначительное улучшение; UKU>0 – любые побочные эффекты; EPS>0 – любые экстрапирамидные расстройства.

ти), однако концентрация в плазме крови ($p<0,05$) и уровень концентрации амисульприда в плазме крови с поправкой на дозу препарата (то есть соотношение концентрации в плазме крови и дозы амисульприда) были в 1,5 раза выше у женщин ($p<0,01$). Гендерные различия в концентрации в плазме крови с учётом поправки на дозу препарата и без учёта поправки фактически не изменились после исключения женщин в возрасте старше 50 лет.

В отношении клинического ответа и побочных эффектов не было установлено статистически значимых различий между обоими полами (табл. 1). На рис. 1 представлены уровень респондеров и соотношение мужчин и женщин с какими-либо побочными эффектами (UKU>0) и экстрапирамидными симптомами (ЭПС>0).

У двух третей пациентов ($n=66$ из 99; 66,7%) было отмечено, по крайней мере, умеренное улучшение на терапии амисульпридом; около 40% ($n=39$ из 99; 39,4%) пациентов испытали как минимум один побочный эффект.

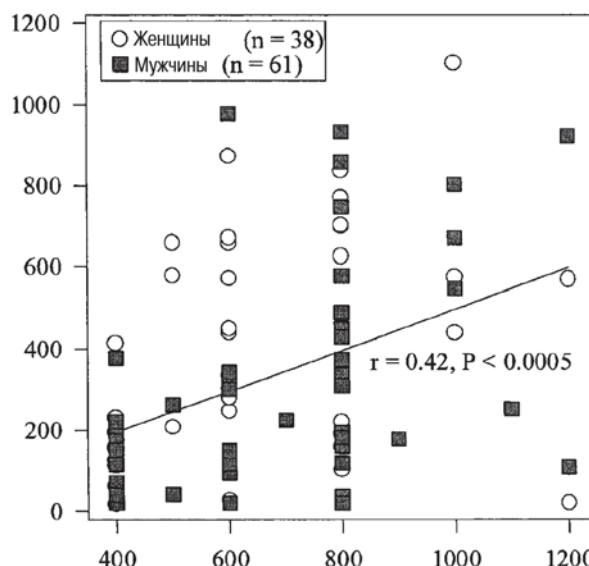


Рис. 2. Корреляция между суточной дозировкой амисульприда и минимальным уровнем концентрации в плазме крови

В табл. 2 представлены данные о побочных эффектах. Вновь не было выявлено статистически значимой разницы между полами. В таблице также представлена информация о сопутствующей терапии (допускалось назначение только антихолинэргических препаратов и бензодиазепинов), которая демонстрирует, что число женщин, получавших бензодиазепины, значительно превышает число мужчин. Не было отмечено значимой взаимосвязи между приёмом бензодиазепинов и клиническим ответом (CGI) или развитием побочных эффектов.

На рис. 2 представлена взаимосвязь между дозой амисульприда и уровнем концентрации в плазме крови в стабильном состоянии у мужчин и у женщин. Коэффициенты линейной корреляции у мужчин ($r=0,50$, $p<0,001$) и у женщин ($r=0,45$, $p<0,01$) значимо не отличались. В выборке в целом, так же как в отдельности по группам мужчин и женщин, не было выявлено значимой корреляции между возрастом и дозой амисульприда, уровнем concentra-

Таблица 2

Побочные эффекты и сопутствующие лекарственные назначения при терапии амисульпридом

	Всего	Женщины	Мужчины	Различия
Экстрапирамидные симптомы	16,3%	16,2% (6)	16,4% (10)	нз
Седация	9,2%	10,8% (4)	8,2% (5)	нз
Внутреннее беспокойство/ажитация	5,1%	2,7% (1)	6,6% (4)	нз
Гастроинтестинальные симптомы	2,0%	0	3,3% (2)	нз
Кожные реакции (сыпь)	2,0%	2,7% (1)	1,6% (1)	нз
Нарушения зрения	1,0%	2,7% (1)	0	нз
Урогенитальные и/или сексуальные дисфункции	1,0%	0	1,6% (1)	нз
Повышенное слюноотделение	1,0%	2,7% (1)	0	нз
Сердечно-сосудистые симптомы	0%	0	0	нз
Антипаркинсонические препараты	7,1%	8,1% (3)	6,6% (4)	нз
Бензодиазепины (лоразепам, диазепам)	12,2%	21,6% (8)	6,6% (4)	$p=0,03$

Примечания: нз – статистически незначимо.

Корреляция между дозой амисульприда, минимальным показателем концентрации в плазме крови и клиническим ответом

		Всего		Женщины		Мужчины	
Клинический ответ (CGI-2)	Доза амисульприда	0,02	нз	0,11	нз	-0,02	нз
	Уровень концентрации в плазме крови	0,11	нз	0,33	нз	0,01	нз
	Уровень концентрации в плазме крови с поправкой на дозу	0,05	нз	0,23	нз	-0,04	нз
	Возраст	0,28	**	0,38	*	0,27	*
Побочные эффекты (UKU)	Доза амисульприда	0,04	нз	0,04	нз	0,01	нз
	Уровень концентрации в плазме крови	0,01	нз	0,03	нз	0,03	нз
	Уровень концентрации в плазме крови с поправкой на дозу	0,03	нз	0,01	нз	0,07	нз
	Возраст	-0,08	нз	-0,22	нз	0,02	нз
Побочные эффекты (UKU)	Клинический ответ (CGI-2)	-0,18	нз	-0,36	*	-0,06	нз

Примечание: нз – статистически незначимо; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; CGI-2: 1 – выраженное улучшение; 2 – умеренное улучшение; 3 – незначительное улучшение; 4 – отсутствие улучшения или ухудшение; UKU: 0 – отсутствие побочных эффектов; 1 – умеренно выраженные побочные эффекты; 3 – тяжёлые побочные эффекты.

ции в плазме крови или концентрации в плазме крови с поправкой на дозу (для всех коэффициентов $r < 0,15$).

В табл. 3 представлены данные корреляционного анализа между клиническим ответом (CGI-2), побочными эффектами (UKU) и дозой амисульприда или уровнем концентрации в плазме крови. Не было обнаружено зависимости между возрастом и дозой амисульприда или уровнем концентрации в плазме крови у мужчин и женщин, соответственно. С увеличением возраста, клинический ответ был менее выражен как в группе мужчин, так и в группе женщин ($p < 0,05$). За исключением статистически значимой отрицательной корреляции между клиническим ответом и развитием побочных эффектов у женщин, значимых различий между полами выявлено не было.

Уровень концентрации в плазме крови и доза амисульприда не были значимо взаимосвязаны с клиническим ответом или общей тяжестью побочных эффектов (табл. 3).

При сравнении пациентов с развитием экстрапирамидных побочных эффектов ($n=16$) и без таковых ($n=18$) (муж. и жен. в целом) незначительно более высокий уровень концентрации амисульприда в плазме крови был обнаружен у пациентов с ЭПС в сравнении с пациентами без ЭПС (уровень концентрации в плазме крови 395 ± 285 vs 314 ± 257 нг/мл, $p=0,26$; уровень концентрации в плазме крови с поправкой на дозу $0,58 \pm 0,34$ vs $0,46 \pm 0,35$ нг/мл/мг, $p=0,23$), в то время как суточные дозировки амисульприда в обеих группах были сходными (с ЭПС 681 ± 286 ; без ЭПС 668 ± 206 мг/сут, $p=0,8$).

Обсуждение

Это первое клиническое натуралистическое исследование, изучающее гендерные различия монотерапии амисульпридом больных шизофренией в отношении дозы препарата, уровня концентрации в плазме крови и клинического ответа. Результаты не обнаружили какую-либо значимую разницу между группой

мужчин и женщин в отношении дозы амисульприда, клинического ответа или профиля побочных эффектов. Был выявлен высокий уровень различий между отдельными пациентами в концентрации в плазме крови и концентрации в плазме крови с поправкой на дозу, с умеренной корреляцией между дозой амисульприда и концентрацией в плазме крови, что подтверждает ранее представленные данные (4, 15), но не было обнаружено линейной корреляции между концентрацией в плазме крови и клиническим ответом или переносимостью. В противоречии с данными единственного опубликованного исследования уровня концентрации амисульприда в плазме крови (4), в котором была установлена низкая, но статистически значимая корреляция между возрастом и концентрацией в плазме крови с поправкой на дозу ($r=0,26$), такой взаимосвязи не обнаружено.

Однако сравнительно более слабый клинический ответ был отмечен у мужчин и женщин старших возрастных групп.

Несмотря на то, что и мужчины, и женщины с острой шизофренией получали схожие дозы амисульприда – около 700 мг/сут, уровень концентрации препарата в плазме крови и уровень концентрации в плазме крови с поправкой на дозу были на 40–50% выше в группе женщин. Эта разница наиболее вероятно и, по крайней мере, частично обусловлена более низкой клубочковой фильтрацией у женщин (16). Если учитывать эту разницу (например, почечный клиренс амисульприда у женщин ниже на 15%) и соответственно скорректировать уровень концентрации амисульприда в плазме крови, различия между полами снизятся до незначительных отличий. Так как клинически значимое зависимое от возраста снижение почечной функции в основном ожидаемо в возрасте старше 65 лет (29), отсутствие зависимости уровня концентрации амисульприда в плазме крови от возраста в данном исследовании может быть объяснено ограниченной возрастной когортой пациентов, только 7% из которых были в возрасте старше 50 лет.

К ограничению этого натуралистического исследования следует отнести то, что не оценивались уровень креатинина в плазме крови и индекс массы тела и, таким образом, не оценивался креатининовый клиренс (23). Тем не менее, полученные данные свидетельствуют о том, что гендерные различия, определяющие отличия в почечной функции, должны учитываться, но они не могут полностью объяснить значимую разницу между группами мужчин и женщин в отношении уровня концентрации препарата в плазме крови с поправкой на дозу.

Частота терапевтического ответа и развития побочных эффектов были выражены примерно одинаково в обеих группах пациентов, получающих амисульприд. В целом, данные различных контролируемых клинических исследований о хорошей эффективности и переносимости амисульприда (6, 21, 26, 30) подтверждаются в настоящем исследовании. В основном, частота развития урогенитальной и сексуальной дисфункции (например, гинекомастия, галакторея, олигоменорея и аменорея) была незначительной ($n=1$), несмотря на свойство амисульприда повышать уровень пролактина (9, 11, 13, 17, 27, 37, 39). В соответствии с ранее проведенными исследованиями, наиболее часто возникающими побочными эффектами в нашей работе были ЭПС, седация и беспокойство. Для более дифференцированного анализа клинической эффективности и побочных эффектов, должна проводиться стандартизованная лонгитудинальная оценка симптомов и различных параметров, характеризующих заболевание, с использованием комплексной системы оценочных шкал.

Дальнейшие исследования должны фокусироваться более прицельно на различиях процессов абсорбции, метаболизма и почечной экскреции амисульприда между мужчинами и женщинами. С этой целью должны быть учтены индекс массы тела, почечная функция и сопутствующая терапия, в том числе диуретические, нестероидные противовоспалительные препараты и другие лекарственные средства, влияющие на почечную экскрецию. Ряд других факторов, которые потенциально могли влиять на концентрацию амисульприда в плазме крови, например, сопутствующая терапия солями лития или другими препаратами, влияющими на выведение амисульприда почками (4), были исключены в данном исследовании.

При равных дозировках у женщин отмечена значительно более высокая концентрация амисульприда в плазме крови в зависимости от дозировки пре-

парата в сравнении с мужчинами. Эти данные соответствуют ранее проведенному исследованию (4). Хотя в данной работе не было отмечено значимых различий между двумя группами в отношении клинического ответа или переносимости, в случае назначения женщинам, страдающим шизофренией, должны рассматриваться более низкие дозы амисульприда. Отсутствие различий в клиническом эффекте может быть обусловлено широким терапевтическим окном амисульприда в диапазоне доз от 50 мг до 1600 мг (24). Однако неоднократно сообщалось о более высоком уровне пролактина у женщин в сравнении с мужчинами, получающими традиционные антипсихотики (28) и амисульприд (9, 11, 37). В недавно проведенных исследованиях с использованием позитронно-эмиссионной томографии была показана взаимосвязь между уровнем концентрации амисульприда в плазме крови и связыванием дофаминовых рецепторов в полосатом теле, что также может обуславливать более высокий риск развития ЭПС, связанного с высоким уровнем концентрации амисульприда в плазме крови (41). Это соотносится с данными о дозозависимом эффекте развития ЭПС при терапии амисульпридом, наблюдаемом в контролируемых клинических исследованиях (33). Возможно, из-за относительно небольшого количества пациентов с ЭПС в данном исследовании и ограниченной возможности анализа, не было обнаружено значимой взаимосвязи между уровнем концентрации амисульприда в плазме крови и ЭПС.

Таким образом, хотя в краткосрочном наблюдении не было обнаружено различий между группами мужчин и женщин, получавших терапию амисульпридом, более высокий уровень концентрации амисульприда в плазме крови у женщин может быть связан с риском развития ЭПС и побочных эффектов, связанных с повышением уровня пролактина (например, остеопороз). Значительно более низкое число женщин, получавших терапию амисульпридом, и более частое назначение им бензодиазепинов в нашем натуралистическом исследовании может отображать клинические последствия этого риска, хотя более высокая частота назначения бензодиазепинов женщинам является неспецифическим феноменом (7).

Гендерные различия в целом (1), и, в частности, гендерные особенности в фармакотерапии больных шизофренией, заслуживают большего внимания в будущем (38) и с этой целью регистрация побочных действий лекарственных средств может послужить вспомогательным средством (3, 15).

ЛИТЕРАТУРА

1. Andreasen N. Vulnerability to mental illnesses: gender makes a difference, and so does providing good psychiatric care // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – P. 211–213.
2. Arnold L.M., Strakowski S.M., Schwiers M.L. et al. Sex, ethnicity, and antipsychotic medication use in patients with psychosis // *Schizophr. Res.* – 2004. – Vol. 66. – P. 169–175.
3. Baumann P., Hiemke C., Ulrich S. et al. The AGNP-TDM expert group consensus guidelines: Therapeutic drug monitoring in psychiatry // *Pharmacopsychiatry.* – 2004. – Vol. 37. – P. 243–265.

4. Bergemann N., Kopitz J., Kress K.R., Frick A. Plasma amisulpride levels in schizophrenia or schizoaffective disorder // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2004. – Vol. 14. – P. 245–250.
5. Croissant B., Hermann D., Olbrich R. Reduction of side effects by combining clozapine with amisulpride: case report and short review of clozapine-induced hypersalivation – a case report // *Pharmacopsychiatry.* – 2005. – Vol. 38. – P. 38–39.
6. Davis J.M., Chen N., Glick I.D. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol.

60. – P. 553–564.
7. de las Cuevas C., Sanz E., de la Fuente J.A. et al. Prescribed daily doses and «risk factors» associated with the use of benzodiazepines in primary care // *Pharmacoepidemiol. Drug. Saf.* – 1999. – Vol. 8. – P. 207–216.
8. Drici M.D., Clement N. Is gender a risk factor for adverse drug reactions? The example of drug induced long QT syndrome // *Drug. Saf.* – 2001. – Vol. 24. – P. 575–585.
9. Fric M., Laux C. Prolactin levels and symptoms of hyperprolactinemia in patients treated with amisulpride, risperidone, olanzapine and quetiapine // *Psychiatr. Prax.* – 2003. – Vol. 30, Suppl. 2. – P. S97–S101.
10. Goldstein J.M., Cohen L.S., Horton N.J. et al. Sex differences in clinical response to olanzapine compared with haloperidol // *Psychiatr. Res.* – 2002. – Vol. 110. – P. 27–37.
11. Grunder G., Wetzel H., Schlosser R. et al. Neuroendocrine response to antipsychotics: effects of drug type and gender // *Biol. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 45. – P. 89–97.
12. Guy D. (Ed). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*, revised. – DHEU Publication, NIMH: Rockville, 1976.
13. Haddad P.M., Wieck A. Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia: mechanisms, clinical features and management // *Drugs.* – 2004. – Vol. 64. – P. 2291–2314.
14. Hafner H. Gender differences in schizophrenia // *Psychoneuroendocrinology.* – 2003. – Suppl. 2. – P. 17–54.
15. Hiemke C., Dragicevic A., Grunder G. et al. Therapeutic monitoring of new atypical psychotic drugs // *Ther. Drug. Monit.* – 2004. – Vol. 26. – P. 156–160.
16. Kampmann J., Siersbaek-Nielsen K., Kristensen M., Hansen J.M. Rapid evaluation of creatinine clearance // *Acta Med. Scand.* – 1974. – Vol. 196. – P. 517–520.
17. Kropp S., Ziegenbein M., Grohmann R. et al. Galactorrhea due to psychotropic drugs // *Pharmacopsychiatry.* – 2004. – Vol. 37, Suppl. 1. – P. S84–S88.
18. Kumari V., Aasen I., Sharma T. Sex differences in prepulse inhibition deficits in chronic schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2004. – Vol. 69. – P. 219–235.
19. Labelle A., Light M., Dunbar F. Risperidone treatment of outpatients with schizophrenia: no evidence for sex differences in treatment response // *Can. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 46. – P. 534–541.
20. Lerner V., Bergman J., Borokhov A. et al. Augmentation with amisulpride for schizophrenic patients nonresponsive to antipsychotic monotherapy // *Clin. Neuropharmacol.* – 2005. – Vol. 28. – P. 66–71.
21. Leucht S., Wagenpfeil S., Hamann J., Kissling W. Amisulpride is an «atypical» antipsychotic associated with low weight gain // *Psychopharmacology.* – 2004. – Vol. 173. – P. 112–115.
22. Leung A., Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 401. – P. 3–38.
23. Lin J., Knight E.L., Hogan M.L., Singh A.K. A comparison of prediction equations for estimating glomerular filtration rate in adults without kidney disease // *Am. Soc. Nephrol.* – 2003. – Vol. 14. – P. 2573–2580.
24. Linden M., Scheel T., Eich F.X. Dosage finding and outcome in the treatment of schizophrenic inpatients with amisulpride. Results of a drug utilization observation study // *Hum. Psychopharmacol.* – 2004. – Vol. 19. – P. 111–119.
25. Lingjaerde O., Ahlfors U.G., Bech P. et al. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1987. – Vol. 334. – P. 1–100.
26. McKeage K., Plosker G.L. Amisulpride: a review of its use in the management of schizophrenia // *CNS Drugs.* – 2004. – Vol. 18. – P. 933–956.
27. Meaney A.M., Smith S., Howes O.D. et al. Effects of long-term prolactin-raising antipsychotic medication on bone mineral density in patients with schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 184. – P. 503–508.
28. Melkersson K.I., Hulting A.L., Rane A.J. Dose requirement and prolactin elevation of antipsychotics in male and female patients with schizophrenia or related psychoses // *Br. J. Clin. Pharmacol.* – 2001. – Vol. 51. – P. 317–324.
29. Muhlberg W., Platt D. Age-dependent changes of the kidneys: pharmacological implications // *Gerontology.* – 1999. – Vol. 45. – P. 243–253.
30. Muller M.J., Benkert O. Der Stellenwert von Amisulprid in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen – Ergebnisse kontrollierter Studien // *Amisulprid Miinchen: Urban und Vogel / H.Hippus (Ed.)*. – 2002. – P. 33–57.
31. Muller M.J., Wetzel H., Benkert O. Differential effects of high-dose amisulpride versus flupentixol on latent dimensions of depressive and negative symptomatology in acute schizophrenia: an evaluation using confirmatory factor analysis // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2002. – Vol. 17. – P. 249–261.
32. Muller M.J., Wetzel H., Eich F.X. et al. Dose-related effects of amisulpride on five dimensions of psychopathology in patients with acute exacerbation of schizophrenia // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2002. – Vol. 22. – P. 554–560.
33. Puech A., Fleuret O., Rein W. Amisulpride, an atypical antipsychotic, in the treatment of acute episodes of schizophrenia: a dose-ranging study vs. haloperidol // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1998. – Vol. 98. – P. 65–72.
34. Rademaker M. Do women have more adverse drug reactions? // *Am. J. Clin. Dermatology.* – 2001. – Vol. 2. – P. 349–351.
35. Sachse J., Hartter S., Weigmann H., Hiemke C. Automated determination of amisulpride by liquid chromatography with column switching and spectrophotometric detection // *J. Chromatogr. B.* – 2003. – N 784. – P. 405–410.
36. Salokangas R.K. Gender and the use of neuroleptics in schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2004. – Vol. 66. – P. 41–49.
37. Schlosser R., Grunder G., Angheliescu I. et al. Long-term effects of the substituted benzamide derivative amisulpride on baseline and stimulated prolactin levels // *Neuropsychobiology.* – 2002. – Vol. 46. – P. 33–40.
38. Seeman M.V. Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs // *Am. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 161. – P. 1324–1333.
39. Smith S., Wheeler M.J., Murray R., O’Keane V. The effects of antipsychotic-induced hyperprolactinaemia on the hypothalamic-pituitary-gonadal axis // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2002. – Vol. 22. – P. 109–114.
40. Sola T.L., Heinrichs R.W. Sex differences in verbal memory in schizophrenia patients treated with «typical» neuroleptics // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 62. – P. 175–182.
41. Vernaleken I., Siessmeier T., Buchholz H.G. et al. High striatal occupancy of D2-like dopamine receptors by amisulpride in brain of patients with schizophrenia // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* – 2004. – Vol. 7. – P. 421–430.

GENDER ASPECTS IN THE CLINICAL TREATMENT OF SCHIZOPHRENIC INPATIENTS WITH AMISULPRIDE: A THERAPEUTIC DRUG MONITORING STUDY

M. J. Muller, B. Regenbogen, J. Sache, F. X. Eich, S. Hartter, C. Hiemke

Introduction: It is assumed that female and male schizophrenic patients respond differentially to acute and chronic treatment with antipsychotics because of pharmacokinetic and pharmacodynamic factors linked to hormonal and constitutional gender differences. However, to date no empirical evidence exists in support of this notion. **Methods:** In a naturalistic clinical study, we investigated gender differences in a sample of schizophrenic inpatients with acute exacerbation treated with the atypical antipsychotic amisulpride, a selective dopamine D2/D3 receptor antagonist with proven antipsychotic efficacy. Prescribed amisulpride dose, plasma level, clinical response (CGI), and side effects (UKU) were assessed in 99 patients (62% male, age 18–66 years) under antipsychotic monotherapy with amisulpride at

daily doses >400 mg. **Results:** Female patients were significantly older (38.5±11.8 years) than male patients (32.3±10.9 years; p=0.01). Prescribed amisulpride doses were comparable for men (673±216 mg) and women (665±229 mg). However, dose-corrected steady-state amisulpride plasma levels (men 0.41±0.31 ng/mL/mg; women 0.60±0.39 ng/mL/mg; p=0.007) were significantly higher in female patients even after age adjustment. No significant differences between men and women emerged with respect to clinical response (77% vs. 79%, respectively) and the occurrence of any side effect (41% vs. 37%, respectively). **Discussion:** Except for higher dose-related plasma amisulpride levels in women, the explorative study unveiled no clinically relevant gender-specific aspects regarding prescribed dose, effectiveness, and side effects.

УДК 616.899–053.9–085

СООБЩЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ ДЕМЕНЦИЙ АКАТИНОЛОМ МЕМАНТИНОМ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Е.Гришаев (*Краевой геронтологический центр, Красноярск*) отмечает, что лечение деменций является одной из актуальных проблем клинической психиатрии, неврологии и клинической фармакологии в связи с широкой распространенностью данной патологии и сложностью лечебно-реабилитационных мероприятий. В последние годы все больше появляется публикаций о патогенетической близости основных форм деменции, как первичных (болезнь Альцгеймера), так и вторичных (сосудистые деменции). В этой связи, при сосудистой и других формах вторичной деменции всё шире назначается препарат акатинол мемантин, антагонист NMDA-рецепторов, оказывающий моделирующее воздействие на глутаматергическую систему нейрональных связей. Объектом для исследования по лечению акатинолом-мемантином явились 15 пациентов Краевого геронтологического центра в возрасте от 59 до 78 лет, страдающие различными формами деменции. В группу входило 8 мужчин и 7 женщин. Контрольная группа пациентов, не получавших акатинол, состояла из 10 человек с идентичной патологией.

Органическая нозология была представлена следующим образом: смешанная деменция средней степени тяжести (альцгеймеровского и сосудистого типа) – 3 больных, сосудистые деменции легкой и средней степени тяжести – 8 больных, другие деменции с корсаковским амнестическим синдромом средней степени тяжести (травматический, токсико-метаболический) – 4 больных. Акатинол мемантин назначался в таблетированной форме перорально. Лечение начиналось с 5 мг с постепенным в течение месяца повышением дозы препарата до 20 мг в сутки. Длительность лечения составляла 6 месяцев. Эффективность оценивалась клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим методами с применением скринингового теста MMSE, с помощью таблиц эффективности «Оценки сестринского ухода».

По результатам лечения отчетливая положительная динамика отмечалась у больных с деменцией альцгеймеровского и сосудистого типа, положительная динамика расчетного коэффициента изменения составила 27,5%. На втором месте по эффективности лечения оказались сосудистые деменции – 23,2%. Значительно ниже была эффективность лечения у пациентов с вторичной деменцией – 13,8%.

Каких-либо осложнений и побочных эффектов за время лечения не отмечалось. В то же время, среди пациентов контрольной группы, не получавших акатинол, улучшения не было, а наоборот, наблюдалось углубление тяжести деменции, ухудшение показателя коэффициента в среднем составило 4,7%.

Таким образом, лечение акатинолом мемантином привело к значительному регрессу когнитивных и поведенческих нарушений, улучшению адаптационных возможностей, а именно: пациенты стали проявлять более выраженный интерес к окружающему, улучшились навыки самообслуживания, расширились социальные контакты. Поведение стало более упорядоченным, что позволило более качественно осуществлять уход за пациентами и проводить медицинские мероприятия. У всех пациентов увеличились адаптивные возможности. Установлено, что препарат хорошо переносится, что создает возможности для длительного его применения в психогериатрической практике.

Е.В.Задорожная (*НИПНИ им.В.М.Бехтерева, С-Петербург*) сообщает о пациенте 66 лет, который обратился за консультацией в гериатрическое отделение института. Длительное время страдает гипертонической болезнью, ИБС, стенокардией напряжения, атеросклеротическим кардиосклерозом. Наблюдается постоянно кардиологом, принимает соответствующее лечение. Кроме этого установлен хронический пиелонефрит, тромбофлебит вен нижних конечностей.

Психическое состояние меняется в течение последних 2-х лет. Стал злобным, раздражительным, значительно снизилась память. Последний год наблюдались эпизоды спутанности сознания: не узнавал обстановку в квартире, жену. Высказывал идеи ущерба в адрес знакомых. Практически перестал самостоятельно пользоваться телефоном, телевизором.

При осмотре: сознание не помрачено. Отвечал в плане заданного вопроса, но в основном односложно, коротко, через большие временные промежутки. Жаловался на плохую память. Понимал, что находится в «медицинском учреждении», во времени дезориентирован полностью. Не смог четко назвать даты основных исторических событий. Обнаруживал значительное снижение объема памяти как на прошлые, так и на текущие события. Основные моменты своей жизни вспоминал

при подсказке жены. Обнаруживал нарушения функции активного внимания в виде трудности концентрации, сужения объема внимания. Затруднена дифференциация речевых звуков, нарушены произношения сложных слов (пропуски слогов, парафазии), затруднено понимание смысла слов. Выявлялись нарушения процессов пространственного анализа и синтеза. Депрессивных переживаний, тоски, тревоги, суицидных, опасных тенденций не обнаруживал. Рисунок поведения внешне был правильный. Себя обслуживал, но нуждался в посторонней помощи. Больному был выставлен диагноз болезни Альцгеймера 2 типа, назначен прием акатинола в дозе 20 мг/сут (по схеме).

Осмотрен повторно через 6 месяцев. Отмечается явная положительная динамика в состоянии больного: смог назвать правильно сезон, год, день недели. Начал лучше понимать обращенную речь, отвечать по телефону, выполнять поручения жены. Стал мягче, доброжелательнее в общении. За это время эпизодов спутанности сознания не отмечалось. Со слов жены намерен и дальше продолжать прием акатинола.

Ж.А.Желтякова (НИПНИ им.В.М.Бехтерева, С-Петербург) приводит также следующий клинический случай применения акатинола мемантина в гериатрической практике.

У пациентки 81 года с соматическим неблагополучием (страдает бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, ИБС, пароксизмальной формой предсердной тахикардии). Наблюдается терапевтом по месту жительства, принимает финоптин 60 мг/сут, панангин, энап 10 мг/сут, полькортолон 4 мг/сут). На протяжении последних 4–5 лет прогрессивно снижается память, утрачиваются бытовые навыки, стала нуждаться в помощи знакомых при покупках в магазине, оплате коммунальных услуг, так как не в состоянии выполнить вычисления, правильно заполнить документы. Смена места жительства (переезд в семью дочери) привела к декомпенсации психического состояния – стала раздражительной, конфликтной, высказывала в адрес зятя и внука идеи ущерба, заявляла, что они присваивают ее деньги. Не могла пользоваться бытовыми приборами (пыталась спичками зажигать электрическую плиту, попытки научить пациентку пользоваться кнопочным телефонным аппаратом оказались безуспешными). Наблюдались эпизоды спутанности сознания: не понимала где она находится, не узнавала родных, была суетливой, стремилась уйти из квартиры, был нарушен суточный ритм сна и бодрствования.

При осмотре: дезориентирована во времени по амнестическому типу. В контакте активна, настроение несколько приподнято. Обнаруживает значительное снижение памяти как на прошлые, так и на текущие события. Не справляется со счетом, затруднено письмо, нарушен оптико-пространственный гнозис, речь без грубых нарушений. В высказываниях звучат идеи ущерба, ста-

новится напряженной, злобной. Интеллект значительно снижен. Диагноз: Болезнь Альцгеймера с поздним началом. Больной был назначен сероквель 100 мг/сут, акатинол 10 мг/сут с последующим повышением до 15 мг/сут.

Пациентка осмотрена повторно через 4 месяца. На фоне проводимой терапии купировались явления спутанности сознания, упорядочилось поведение, восстановился сон, редуцировались идеи ущерба, стала доброжелательнее в общении с родными, смогла частично назвать свой домашний адрес, возраст, лучше ориентировалась в текущей дате. Учитывая положительную динамику в состоянии больной, терапию решено продолжить.

С.Е.Татульян (НИПНИ им.В.М.Бехтерева, С-Петербург) также представил клинический опыт применения акатинола у больного, страдающего деменцией Альцгеймеровского типа.

Больной 56 лет, с неотягощённой наследственностью психическими заболеваниями, высшим образованием, женатый, проживающий в семье. Работал главным инженером на часовом заводе и автобусном парке до декабря 2004 года. Из перенесённых заболеваний отмечаются: артериальная гипертензия последние 5 лет (с редкими подъемами артериального давления до 150/90 мм рт. ст.), хронический отит.

Первые признаки болезни родственники заметили летом 2004 года, когда пациент активно предъявлял жалобы на слабость, вялость, повышенную утомляемость, забывчивость, стал суетливым, тревожным. Сам больной отметил изменения почерка (трудности в написании букв) и речи (не мог правильно сформулировать свои мысли, подобрать нужных слов). Больной перестал справляться с работой и вынужден был уволиться. В последующем прогрессировали нарушения памяти, более выраженные на текущие события, появились элементы апраксии, заметно снизилась жизненная активность. Обследовался и лечился у невропатолога и психиатра по месту жительства. На МРТ головного мозга от 17.12.2004 года выявлена картина кортикальной церебральной атрофии, частично «пустое» турецкое седло. Проводились курсы сосудистой терапии (парентерально и внутрь), фитотерапия, но без эффекта.

В январе 2005 года диагностирована болезнь Альцгеймера с ранним началом, синдром деменции умеренной степени тяжести; по шкале MMSE – 18 баллов, по шкале Хачинского – 2 балла. С мая 2005 года пациент принимает акатинол мемантин в дозе 20 мг/сут. Через три месяца терапии родственники отметили умеренное улучшение и определённую стабилизацию психического состояния. Несколько улучшилась речь, расширился круг выполняемых домашних работ, даже смог возить жену на дачу на своей машине. Пациент продолжает принимать акатинол в прежней дозировке по настоящее время, состояние удовлетворительное.

И.В.Литвиненко, В.И.Могильная (*Военно-медицинская академия, С-Петербург*) отмечают уменьшение поведенческих расстройств у пациентки с деменцией вследствие болезни Паркинсона под влиянием терапии акаатиномом.

Больная 75 лет, страдающая 8 лет болезнью Паркинсона, обратилась в клинику с жалобами на замедленность движений, скованность, снижение эффективности принимаемых противопаркинсонических препаратов. Последние 8–12 месяцев наблюдается постепенное ухудшение внимания, памяти, немотивированная раздражительность, с периодами агрессивности, возбуждения, расторможенности, «постоянные претензии» к невнимательности супруга по отношению к ней.

При неврологическом осмотре определялся двусторонний акинетико-ригидный синдром, поструральная неустойчивость, рефлекс орального автоматизма. Нейропсихологическое исследование: шкала MMSE – 21 балл, шкала лобной дисфункции – 6 баллов, тест рисования часов – 3 балла, нейропсихиатрический опросник – 23 балла (бредовые идеи, трудно корригируемое поведение с негативизмом, агрессивностью, импульсивностью). Выполнена МРТ головного мозга – умеренно выраженные атрофические изменения лобных, теменных и височных отделов мозга, множественные субкортикальные гиперинтенсивные в T2 режиме очаги. Диагноз: болезнь Паркинсона, акинетико-ригидная форма, 3 стадия в периоде включения, осложненная моторными флуктуациями, деменцией. Получаемая терапия на момент обращения – наком 250 мг по 1 таблетке 3 раза, эналаприл 10 мг/сут.

С учетом выявленной деменции дополнительно назначен акаатинол по схеме с 5 мг/сут с постепенным увеличением до 20 мг/сут, изменена схема приема накома по 3/4 таблетки 5 раз (через каждые 3 часа).

В конце 3 месяца приема акаатинола отмечено уменьшение расторможенности, импульсивности, поведение больной стало более корригируемым. Со слов мужа супруга стала менее «капризной», менее «упрямой», существенно уменьшились эпизоды агрессивности. Больная продолжает прием акаатинола 10-й месяц. При нейропсихологическом исследовании в конце 3 и 6 месяцев терапии отмечено улучшение выполнения тестов на лобную дисфункцию (сумма баллов 9), улучшение зрительно-пространственных функций (тест рисования часов 6 баллов).

Результаты приведенного клинического наблюдения отражают определенную общность формирования поведенческих расстройств при деменции вследствие болезни Паркинсона с симптомами поражения функций лобных долей и возможность терапии акаатиномом мемантином уменьшать выраженность таких нарушений.

А.Ю.Емелин (*Военно-медицинская академия, клиника нервных болезней, С-Петербург*) сообщает об опыте применения акаатинола в терапии ког-

нитивных нарушений при травматической энцефалопатии у пациента 55 лет, 2 года назад получившего закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга средней степени тяжести с массивным субарахноидальным кровоизлиянием. Лечился стационарно консервативными средствами, проходил реабилитацию. Общее состояние пациента значительно улучшилось, практически полностью регрессировала очаговая неврологическая симптоматика, однако, сохранялись жалобы на снижение памяти, преимущественно на текущие события, нарушение внимания, невозможность сосредоточиться на выполнении даже простой работы, нарушение ориентировки в малознакомой местности, невозможность управлять автомобилем, апатию, безынициативность, пониженное настроение, общую слабость.

В неврологическом статусе при поступлении определялись положительные симптомы орального автоматизма, анизорефлексия глубоких и поверхностных рефлексов. Когнитивные нарушения характеризовались снижением памяти на текущие события, нарушением исполнительной функции, ориентировки, способности к обобщению и абстрагированию, зрительно-пространственными нарушениями.

При МРТ выявлено умеренное асимметричное расширение боковых и третьего желудочков, кистозное умеренное расширение субарахноидальных пространств по конвексальной поверхности, преимущественно правого полушария.

При нейропсихологическом тестировании получены следующие результаты: шкала MMSE – 23 балла, шкала деменции Маттиса – 119 баллов (внимание – 36 баллов, активность и персеверации – 32 балла, праксис – 5 баллов, концептуализация – 25 баллов, память – 21 балл), батарея оценки лобной дисфункции – 14 баллов, тест рисования часов – 2 балла, S-тест – 4 балла. По шкале депрессии Гамильтона сумма составила 9 баллов, по шкале Бэка – 14 баллов.

Пациенту был назначен акаатинол по стандартной схеме. Уже через месяц после начала терапии пациент отметил значительное улучшение самочувствия, памяти, стал более активным, повысилась работоспособность, появился интерес к работе. Через 3 месяца от начала терапии при нейропсихологическом тестировании получены следующие результаты: MMSE – 26 баллов, шкала деменции Маттиса – 135 баллов (внимание – 37 баллов, активность и персеверации – 29 баллов, праксис – 6 баллов, концептуализация – 39 баллов, память – 24 балла), батарея оценки лобной дисфункции – 16 баллов, тест рисования часов – 4 балла, S-тест – 7 баллов. По шкале депрессии Гамильтона сумма составила 6 баллов, по шкале Бэка – 13 баллов. Терапия акаатиномом продолжалась в течение 11 месяцев. Положительная динамика наблюдалась и в дальнейшем, пациент стал водить машину, вернулся к прежней работе с некоторым ограничением ее объема. За весь период лечения нежелатель-

ных явлений, связанных с приемом акатинола, не зарегистрировано.

Этот же автор представил опыт применения акатинола в лечении мультиинфарктной деменции.

Больной Ч., 83 лет обратился в клинику нервных болезней Военно-медицинской академии с жалобами на снижение памяти на текущие события, нарушение ориентировки, утрату ряда профессиональных и социальных навыков, нарушения речи.

В течение многих лет пациент страдает гипертонической болезнью, постоянно гипотензивные препараты не применял. В анамнезе у пациента зарегистрированы повторные острые нарушения мозгового кровообращения, с хорошим регрессом очаговой неврологической симптоматики, при остаточном когнитивном дефекте. В течение последних лет супруга отмечает «ступенеобразное» прогрессирование когнитивных нарушений. Неоднократно лечился стационарно и амбулаторно, получал курсы стандартной сосудистой и ноотропной терапии без существенного эффекта.

В неврологическом статусе определялись симптомы псевдобульбарного паралича, правосторонний рефлекторный гемипарез, моторная афазия. В когнитивной сфере отмечалось снижение памяти на текущие события, нарушение ориентировки во времени и пространстве, апракто-агностический синдром, нарушения речи.

При МРТ головного мозга выявлены МР-признаки последствий перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу

в бассейне левой средней мозговой артерии и вертебрально-базиллярном бассейне билатерально в виде постишемических кист. Кроме того, выявлены множественные мелкие очаги изменения МР-сигнала, диаметром от 3 до 5 мм, пара- и суправентрикулярно боковым желудочкам. Результаты нейропсихологического тестирования: шкала MMSE – 10 баллов, батарея лобных тестов – 3, звуковые ассоциации – 3, категориальные ассоциации – 4, тест рисования часов – 1 балл.

На основании критериев МКБ-10, NINDS-AIREN у больного диагностирована сосудистая деменция вследствие мультиинфарктного поражения головного мозга.

Была назначена терапия акатинолом мемантином по стандартной схеме. Через три месяца от начала терапии существенной отрицательной динамики не выявлено. По шкале MMSE – общий балл составил 11 баллов. Через шесть месяцев после начала терапии акатинолом состояние больного оставалось стабильным. Повторное нейропсихологическое тестирование показало следующий результат: MMSE – 10 баллов, батарея лобных тестов – 4, звуковые ассоциации – 2, категориальные ассоциации – 4, тест рисования часов – 1 балл. Нежелательных явлений, связанных с приемом препарата зарегистрировано не было.

Таким образом, применение акатинола у пациента с тяжелой сосудистой деменцией позволило существенно замедлить прогрессирование заболевания.

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

П. И. Сидоров, И. А. Новикова

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Психосоматическими называют заболевания, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов (4). Большинство авторов к психосоматическим относят: ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертонию, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит, тиреотоксикоз, сахарный диабет и некоторые другие (9, 17).

В своем развитии психосоматическая медицина прошла ряд этапов, на каждом из которых доминировала та или иная теоретическая концепция.

На настоящий момент в психосоматической медицине известно более 300 различных концепций. Среди них можно выделить психоаналитические концепции, опирающиеся на теорию S.Freud (21) (конверсионная модель приписывает телесным нарушениям функцию символического выражения подавленных интрапсихических конфликтов); характерологически-ориентированные, ставящие своей задачей объяснение природы возникновения психосоматических заболеваний через характерологические, личностные особенности (24); психофизиологические – основанные на систематических психофизиологических проверках, объясняющих специфичность болезней (26); личностно-ориентированные, связанные с развитием личности человека и, в первую очередь, с защитными механизмами, зрелостью, регрессией личности, взаимодействием личности с внутренними факторами (27); гомеостатические – исходящие из развиваемого в последние годы гомеостатического подхода в психологии, объединяющего теоретические построения self-психологии, теории психологии развития, психологии объектных отношений, физиологии, среди которых можно выделить теории патологии раннего развития (3, 23) и теории объектных отношений, согласно которым функционирование человеческой психики можно понять с точки зрения межличностных связей – как их развития, так и возможных нарушений (26); нейрогуморальные теории, исходящие из того, что психосоматическая патология является проявлением общего неспецифического адапта-

ционного синдрома и объясняющие болезни нарушениями внутренней среды организма (25); физиологические – среди которых кортико-висцеральная теория К.М.Быкова и И.Т.Курцина (4). Кроме данных теорий можно ещё выделить комплексные, подчеркивающие сложность патогенеза психосоматических заболеваний и учитывающие как психологические, так и соматические факторы. Среди них можно отметить клиническую гипотезу механизмов формирования психосоматических расстройств А.Б.Смулевича и соавт. (18), работу Д.Н.Исаева (9) и онтогенетическую концепцию структурного аттрактора болезни В.А.Ананьева (8).

Таким образом, развитие психосоматической медицины происходило от создания однолинейной модели к системным, учитывающим взаимодействие множества физиологических и психосоциальных факторов. В настоящее время имеется больше приверженцев системных моделей возникновения психосоматических заболеваний. Можно также отметить, что ни одна из разработанных ранее теорий не позволяет достоверно объяснить все звенья в этиологии и патогенезе заболеваний. В связи с этим, имеется необходимость разработки новых концепций.

Целью нашего исследования явилась разработка синергетической концепции формирования психосоматических заболеваний.

Новым методологическим инструментом изучения психосоматических заболеваний является синергетика – междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации. Синергетика (от греч. synergetikos – совместный, согласованный, действующий) – научное направление, изучающее связи между элементами структуры (подсистемами), которые образуются в открытых системах (биологических, физико-химических и других) благодаря интенсивному (потокосому) обмену веществом и энергией с окружающей средой в неравновесных условиях. В таких системах наблюдается согласованное поведение подсистем, в результате чего возрастает степень ее упорядоченности, то есть уменьшается энтропия (самоорганизация). Основными принципами синергетики являются: нелинейность, неустой-

чивость, незамкнутость, динамическая иерархичность, наблюдаемость. Методология синергетики основана на интегративном подходе к изучению термодинамически открытых и неравновесных диссипативных структур.

Диссипативные структуры – дискретные самоорганизующиеся системы, рассеивающие энергию, отличающиеся спиралеобразным развитием в многомерном пространстве, траектория и автоколебательная амплитуда которого носит многовариантный характер, предопределяясь сложением разнонаправленных сил и факторов в точках бифуркации. При равенстве разнонаправленных влияний выбор системой траектории развития может предопределяться сверхслабыми воздействиями, в том числе и от спонтанных флуктуаций в самой диссипативной системе, то есть от случайностей вблизи точек бифуркации (20, 22).

Организм человека является совокупностью динамически сменяющих друг друга диссипативных систем, определяющих состояние его здоровья.

Синергетический подход можно представить тремя основными плоскостями (векторами) биопсихосоциальной модели: сомато-, психо- и социогенеза. Соматогенез предполагает развитие систем и функций организма; психогенез – развитие психических функций; социогенез – развитие социальных ролей и отношений. Модель предполагает мультидисциплинарный и интегральный подход к комплексным и сложным причинно-следственным отношениям (15).

Синергетическую модель формирования психосоматических заболеваний можно представить следующим образом (рисунок). Модель для удобства восприятия приведена в плоскостной проекции, но она является многомерной и нелинейной, неустойчивой и незамкнутой. Траектории развития заболевания задаются и корректируются в точках бифуркации, приобретая спиралеобразность и многовариантность. На смену линейной нозоцентрической

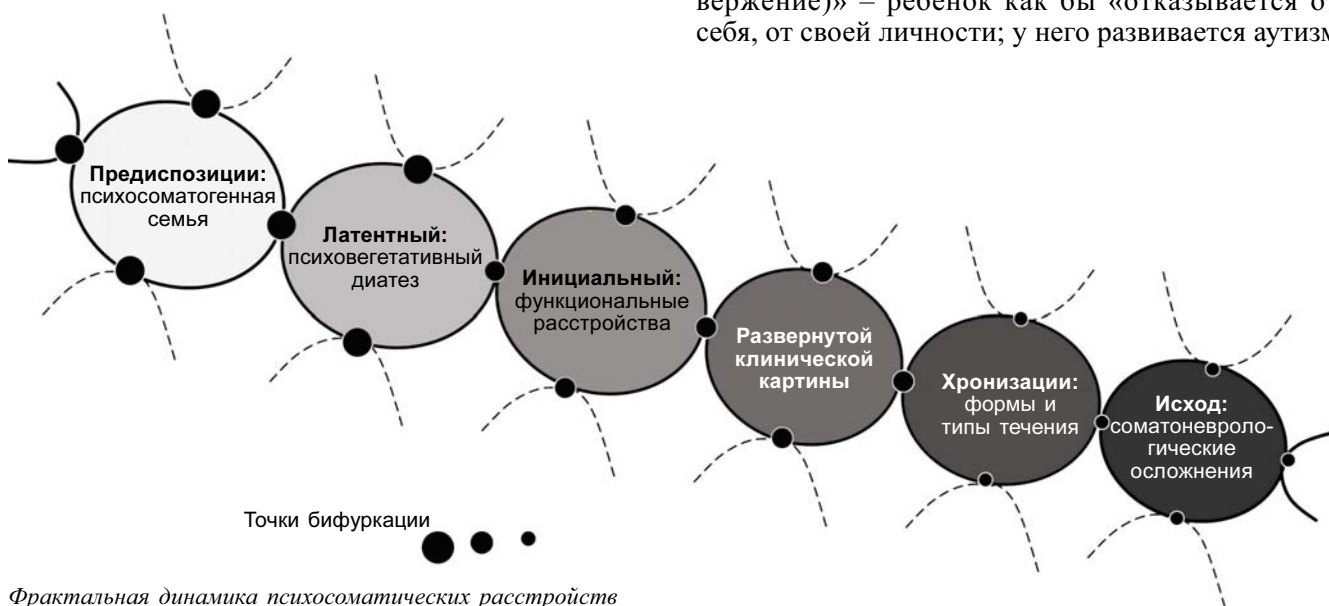
динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность.

Динамика психосоматических заболеваний включает следующие фракталы: predispositions – психосоматогенной семьи, латентный – психовегетативного диатеза, инициальный – функционального расстройства, развернутой клинической картины – психосоматического заболевания, хронизации – формы и типа течения психосоматического заболевания, исхода – соматоневрологических осложнений. Фрактал – это проекция на широкое естественнонаучное поле квантовых представлений. Фрактал – интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве. В клинической медицине это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма.

Фрактал психосоматогенной семьи является начальным при формировании психосоматических заболеваний, так как основная часть социализации с момента рождения у человека происходит в семье и нарушения семейных взаимоотношений, распределения ролей могут способствовать формированию данной патологии.

В пользу концепции психосоматогенной семьи высказывались Э.Г.Эйдемиллер и В.В.Юстицкас (23). Они в качестве источника психической травматизации личности, приводящего к психосоматическим заболеваниям, видят нарушения основных сфер жизнедеятельности семьи, где растет и развивается ребенок.

Разработанная Н. Stierlin (1978) классификация механизмов развития психосоматогенных семей включает: 1) «Связывание» – семья с жесткими стереотипами коммуникации; дети в такой семье становятся инфантильными, отстают в эмоциональном развитии. Формула общения в такой семье: «Делай, как я тебе сказал»; 2) «Отказ (отвержение)» – ребенок как бы «отказывается от себя, от своей личности; у него развивается аутизм



Фрактальная динамика психосоматических расстройств

и тенденция к автономности»; 3) «Делегирование» – у родителей потеряно реалистическое восприятие достижений своих детей; они воспринимают своих детей как продолжение себя, возлагают на них надежды на осуществление своих несбывшихся планов (23).

Как правило, выделяют пять характеристик психосоматогенных семей: 1) сверхвключенность родителей в жизненные проблемы ребенка, которая мешает развитию самостоятельности, следовательно, защитные механизмы более слабые и способствуют развитию внутреннего конфликта; 2) сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессам другого; 3) низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах, при которой взаимоотношения в семье ригидные; 4) тенденция избегать выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов; риск возникновения внутренних конфликтов; 5) ребенок и его заболевание часто играют роль стабилизатора в скрытом супружеском конфликте.

Для психосоматогенной семьи характерно непоощрение свободного выражения чувств и свободного отреагирования отрицательных эмоций, вследствие чего ребенок присваивает стереотипы подавления отрицательных эмоций, что приводит к их соматизации. Подавление отрицательных эмоций может быть связано с тем, что в семье не принято открыто реагировать на боль – стереотип терпения, отношения к болезни, как к состоянию, в котором человек сам виноват.

В опыте психосоматогенной семьи могут быть некоторые патогенные особенности: неспособность, неготовность, необученность родителей (прежде всего, матери) к раннему распознаванию телесных состояний ребенка и означиванию их (ненаблюдательная и невнимательная мать или просто не имеющая времени); неспособность семьи, как целостного организма к вербальному или иному конструктивному разрешению конфликта и включение ребенка в семейный конфликт. Телесный симптом ребенка часто и рождается в ситуации семейного конфликта, как неудачный способ его разрешения.

Соматизация аффекта, эмоций выступает как стиль семейной адаптации к трудностям, проблемам, как стереотип, как фактор избегания неудач или ухода от ответственности. Использование симптома для извлечения выгоды начинает активно включаться в жизнь ребенка как реакция на любые трудности.

Психосоматогенным семьям свойственна бедность психологического языка и склонность отрицать наличие психологических проблем. Родители могут не поощрять или запрещать выражение ряда психологически обусловленных эмоций, считая это неприемлемым. Так, ребенок приучается к тому, что внимание, любовь и поддержку родителя можно получить лишь используя «поведение больного». Роль больного оказывается привлекательной в том числе благодаря освобождению от обычных обя-

занностей без возложения вины за это. Болезнь ребенка может приносить вторичную выгоду и родителям: видоизменять взаимоотношения между ними, уводя в сторону от конфликта, который они не желают признавать и, тем самым, стабилизируя ситуацию в семье.

Ведущая роль на ранних этапах развития принадлежит матери, которая формирует у ребенка язык тела. М. Mahler (1965) впервые описала психосоматическую мать, как авторитарную, сверхвключенную, доминирующую, открыто тревожную и латентно враждебную, требовательную и навязчивую. Отец, как правило, в такой семье слабая личность, не умеющий противостоять доминирующей и авторитарной матери, находится в отдалении от материнско-детской диады. Любые попытки сепарироваться, то есть отделиться от матери, со стороны ребенка матерью отвергаются (4, 5). К качествам матерей, которые особенно значимы для формирования психосоматической патологии, можно отнести: высокую личностную тревожность матери; внутреннюю конфликтность матери, то есть дисгармонический склад личности (невротическая мать); тенденцию к подавлению, сдерживанию негативных чувств, преобладание чувства вины в психике матери, противоречивое эмоциональное отношение к близким в семье; сильное эмоциональное реагирование на проблемные ситуации с дезорганизацией деятельности (стрессонеустойчивость), а также неспособность к конструктивному разрешению конфликтов, что приводит к хронизации, а следовательно, и соматизации аффекта у матери; дезорганизацию собственной активности при болезни ребенка за счет высокой тревожности, страхов, неспособности принять радикальное решение; собственный телесный опыт матери негативно окрашен, наблюдаются феномены отвержения собственного тела или его частей, связанные с ранним опытом прародительской семьи; нарушенные взаимодействия матери с ребенком на раннем этапе его развития.

Возможны два типа отношения матери к ребенку: 1) скрытое, неосознаваемое отвержение – при этом ребенок использует язык тела для привлечения внимания матери (мать как бы стимулирует у ребенка более массивное использование этого языка); 2) симбиоз – мать как бы консервирует телесный контакт, тормозя становление более поздних форм взаимодействия.

Таким образом, психосоматогенный тип семьи является первым фракталом в формировании психосоматических заболеваний.

Следующим является фрактал психовегетативного диатеза. Психовегетативный диатез – это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться сначала в функциональные психосоматические развития, а затем и в психосоматическое заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных факторов (генетически обус-

ловленных аномалий и т.п.). Он представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположения в общей группе недифференцированных психических диатезов (6).

«Психический диатез» – это совокупность признаков, характеризующая предрасположение к психической патологии. Диатезом (греч. diathesis) называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие врожденных особенностей обмена, физиологических реакций и т.п. Диатез – это особое состояние организма, когда обмен веществ и сопряженные с ним функции организма длительно находятся в неустойчивом равновесии вследствие унаследованных, врожденных или приобретенных свойств, которые предрасполагают к неадекватным ответам на обычные воздействия, к развитию патологических реакций на внешние вредности и определяют более тяжелое течение имеющихся заболеваний (7). В патогенезе болезни экзогенные факторы внешней среды утрачивают свое значение, трансформируясь во внутренние, действуя по стереотипу общебиологических закономерностей.

С.Ю.Циркин (19) рассматривает психический диатез как общую конституциональную предрасположенность к психическим заболеваниям, в которой имеются маркеры (признаки) этого предрасположения (клинические и биологические), в большинстве случаев еще малоизученные. К числу клинических признаков относится широкий спектр функциональных психических нарушений – личностные аномалии, повышенная уязвимость в отношении возникновения реактивных состояний и наличие эндогенной фазности их динамики, без формирования дефекта. Для психического диатеза в целом нехарактерны, по его мнению, специфичные признаки предрасположения к определенному психическому заболеванию.

К психовегетативному диатезу можно отнести психосоматический дизонтогенез. Выделяют три варианта психосоматического дизонтогенеза.

1-й вариант – отставание или задержка в социализации телесных функций (в психосоматическом развитии ребенка). Более поздние сроки формирования навыков телесной опрятности, использование телесного языка в качестве основного средства коммуникации в течение длительного времени (до школьного возраста); задержка использования языка тела происходит в случае скрытого отвержения ребенка или длительного симбиоза, или в случае изоляции ребенка от ближайшего взрослого – интернат, стационар. В норме в ходе онтогенеза обнаруживается истинный факт развития представлений о теле: дифференциация представлений о теле, его органах и функциях; представление о теле, как целостности, «мое тело», тело, как инструмент.

2-й вариант – регресс в психосоматическом развитии как реакция ребенка на особые условия развития. Это могут быть: внезапная потеря матери (психотравма), помещение ребенка из семьи в ин-

тернат или стационар. Когда ребенок теряет навыки опрятности, регуляции телесных функций, самостоятельного засыпания, это означает переход на более ранние этапы развития. В дальнейшем это может быть скомпенсировано. В этом случае – случае регресса – ребенок опять начинает с помощью телесных функций привлекать внимание взрослого – ему нужно это эмоциональное принятие, а средств в организации телесного комфорта очень мало – ребенок научается манипулировать взрослым с помощью языка тела. Этот телесный способ воздействия может закрепиться (трудности засыпания, головные боли и т.д.).

3-й вариант – искажение психосоматического развития. Это касается телесного «Я» в целом. Формируется образ тела, и этот образ «Я» может формироваться искаженным с негативным отношением к определенным телесным проявлениям – невротическая или психосоматическая диссоциация. Как один из вариантов – диссоциация между самооценкой и отношением (2, 10, 13).

У человека, имеющего психовегетативный диатез, при дальнейшей психической травматизации развиваются функциональные психосоматические расстройства – это нарушения, которые носят функциональный характер и проявляются органными невротами или другими соматоформными расстройствами (таблица). Органные невроты сопровождаются единичными соматическими жалобами. К ним относят кардио- и ангионевроты, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром раздраженного желудка, раздраженной толстой кишки, раздраженного мочевого пузыря и др. Локализация расстройства, как правило, в рамках одного органа/системы. Время от воздействия стрессора до появления симптомов болезни от нескольких дней до нескольких недель (16). Соматоформные расстройства – это функциональные нарушения, сопровождающиеся гастроинтестинальными, кардио-респираторными, болевыми, конверсионными и псевдоневрологическими симптомами (12). Характерны повторяющиеся, множественные и клинически значимые жалобы. Наблюдается наличие жалоб, как минимум в четырёх точках или функциях. От воздействия стрессора до появления симптомов болезни проходит от нескольких дней до 2–3 месяцев. Данное состояние является инициальным для развития психосоматического заболевания.

Общим для этой группы нарушений является появление на фоне психосоциального стресса соматических жалоб в отсутствие морфологического изменения соответствующих тканей (во многих случаях обнаруживаются неспецифические и функциональные нарушения).

К соматоформным состояниям могут быть отнесены следующие нарушения: соматизированное расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция, хроничес-

Дифференциально-диагностические критерии различных форм психосоматических расстройств

Критерии	Формы			
	Психосоматическая реакция	Функциональные психосоматические расстройства (органные неврозы)	Соматоформные расстройства	Психосоматические заболевания
Основные проявления	Учащение пульса; повышение артериального давления; изменение частоты, глубины дыхания; внезапная мышечная слабость, кратковременное нарушение стула и др.	Кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром «раздраженного» желудка, «раздраженной» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и др.	Гастроинтестинальные, кардио-респираторные, болевые, конверсионные и псевдоневрологические симптомы	Артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь, сахарный диабет, ревматоидный артрит
Жалобы на соматическое состояние	На единичные симптомы	Одна или несколько со стороны одной системы	Повторяющиеся, множественные, клинически значимые жалобы	Симптомы четко соответствуют нозологической форме заболевания
Локализация расстройства	В пределах одной функции органа	В рамках одного органа/системы	Наличие жалоб, как минимум, в четырёх точках или функциях	Зависит от нозологической формы болезни
Характер нарушений функций	Нет	Функциональный, обратимый	Функциональный, обратимый	Органический, необратимый
Время от воздействия стрессора до появления симптомов болезни	Несколько минут, дней	От нескольких дней до нескольких недель	От нескольких дней до 2-3 месяцев	Несколько месяцев, лет
Длительность расстройства	Несколько минут, дней	Превышает 6 мес.	Превышает 6 мес.	Хроническое течение (всю жизнь)

кое соматоформное болевое расстройство, другие соматоформные расстройства, соматоформное расстройство неуточнённое. Патогенетические механизмы формирования соматоформных состояний связаны с конверсией, трансформацией актуального невротического конфликта в функциональные соматические симптомы при отсутствии органической основы для них (12).

Если стрессовый фактор по-прежнему актуален, то это может привести к развитию клинической картины впервые возникшего психосоматического заболевания. Это группа заболеваний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов (1, 11).

При формировании психосоматического заболевания выбор нозологической формы зависит от наследственной предрасположенности, соматического состояния человека на момент воздействия стрессового фактора (острое респираторное заболевание, гастрит, дуоденит, нейроциркуляторная дистония и т.д.), а также других специфических и предрасполагающих факторов, среди которых нами выделены: при артериальной гипертонии – дислипидемия, гиподинамия, возраст старше 50 лет, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе; ишеми-

ческой болезни сердца – дислипидемия, возраст, поведенческий тип А; язвенной болезни – нарушение питания, инфицирование *Helicobacter pylori*, прием алкоголя; бронхиальной астме – атопические и инфекционные аллергены, метеорологические факторы; сахарном диабете 1 типа – вирусные инфекции; сахарном диабете 2 типа – ожирение, дислипидемия, сердечно-сосудистые заболевания. Каждый из данных факторов в отдельности может способствовать развитию заболевания (14).

Следующим фракталом являются различные формы и типы течения психосоматических заболеваний, отражающие многовариантные особенности развития болезни. Особенности течения и форма психосоматического заболевания зависит от воздействия психосоциальных и соматических факторов. Течение заболевания может быть стабильным с редкими обострениями или лабильным, приводящим к быстрому развитию осложнений.

Далее следует фрактал – соматоневрологические осложнения психосоматических заболеваний. К ним относят психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматоневрологические осложнения являются исходом длительного с лабильным течением заболевания.

В синергетической концепции учитываются все три условия, необходимые для «запуска» заболевания (1): психологическая конфигурация; “X” фактор

– уязвимые органы, наличие которых зависит от наследственной предрасположенности; пусковой механизм – ситуация ускоритель.

Синергетическим подходом можно объяснить этиопатогенез психосоматических заболеваний вне зависимости от нозологической формы, а также возникновение заболеваний, как у взрослых, так и у детей.

Таким образом, синергетическая концепция учитывает все внешние и внутренние факторы в возникновении психосоматических заболеваний. Психотерапев-

тический подход, базирующийся на ней, предоставляет возможность благоприятного влияния на течение психосоматических заболеваний, так как направлен на этиопатогенетические механизмы их возникновения, открывая новые возможности и перспективы в помощи больным с психосоматической патологией. Биопсихосоциальная синергетическая модель формирования психосоматических заболеваний требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации профилактики и коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Пер. с англ. С.Могилевского. – М.: ЭК-СМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999. – 304 с.
3. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. – М.: Медпрактика-М, 2005. – 444 с.
4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
5. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 2. – С. 149–160.
6. Гиндикин В. Лексикон малой психиатрии. – М.: КРОН-Пресс, 1997. – 372 с.
7. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). – М.: Медицина, 1962. – 237 с.
8. Интегративные исследования в клинической психологии: наука и практика. Юбилейный сборник научных и методических работ сотрудников кафедры клинической психологии РПГУ им. А.И.Герцена / Под ред. В.А.Ананьева, С.А.Кулакова. – СПб.: Издательство НП “Стратегия будущего”, 2006. – 350 с.
9. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Спец. Лит-ра, 1996. – 454 с.
10. Козловская Г.В., Баженова О.В. Микропсихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1995. – Т. 95, № 5. – С. 48–52.
11. Коркина М.В., Марилев В.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1998. – Т. 98, № 11. – С. 30–32.
12. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – 303 с.
13. Патология психического развития / Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Научный центр психического здоровья РАМН, 1998. – 234 с.
14. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / Под ред. П.И.Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.
15. Сидоров П.И. Синергетическая концепция зависимого поведения // Наркология. – 2006. – № 10. – С. 30–35.
16. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Рапопорт С.И. и соавт. Органические невроты как психосоматическая проблема // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 2000. – Т. 100, № 12. – С. 4–12.
17. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и соавт. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1999. – Т. 99, № 4. – С. 4–16.
18. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 1. – С. 5–18.
19. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. – СПб.: Питер, 1999. – 752 с.
20. Трубецков Д.И. Введение в синергетику. Хаос и структуры. – М.: Едиторная УРСС, 2004. – 240 с.
21. Фрейд З. Психология бессознательного. – М.: Просвещение, 1990. – 448 с.
22. Чернявский Д.С. Синергетика и информация. Динамическая теория информации. – М.: Наука, 2001. – 245 с.
23. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкас. – СПб.: “Питер”, 1999. – 656 с.
24. Dunbar F. Emotions and Bodily Changer. – N.Y.: Columbia Univ. Press, 1954.
25. Kaplan H. History of psychophysiological medicine // Comprehensive textbook of psychiatry. – London: Williams and Wilkins, 1975. – P. 1624–1631.
26. Luban-Plozza W., Podinger W., Luban-Plozza W. Psychosomatic disorders in general practice: Theory and experience. – Basle, 1985. – 295 p.
27. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization // Psychoanalysis study of the child. – N.Y.: Int. Univ. Press, 1955. – Vol. 10. – P. 110–164.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ИССЛЕДОВАНИЯХ ГИПНОЗА И ГИПНОТЕРАПИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Р. Д. Тукаев, О. С. Антипова

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Изучение биологических механизмов гипноза является одной из фундаментальных проблем современной гипнологии. Многочисленные публикации убедительно свидетельствуют о наличии биологических эффектов гипнотерапии (ГТ), которые в основном рассматриваются авторами как результат психомодулирующего влияния суггестий на регуляторные функции организма. Однако даже поверхностный анализ позволяет выявить стрессовые психофизиологические паттерны, характеризующие гипнотическое состояние (ГС) как таковое, независимо от формы его реализации.

В предшествующих исследованиях нами было показано, что биологические эффекты ГТ, в первую очередь, определяются универсальными, системными механизмами гипногенного стресса (16, 18, 21). Управляемый гипногенный эустресс сам по себе имеет высокий адаптивный потенциал и способствует коррекции регуляторных нарушений при расстройствах невротического и психосоматического регистра. При этом психомодулирующее влияние суггестии дополняет действие глобальных стрессовых механизмов ГТ.

Современный этап изучения проблем гипнотерапии делает необходимым поиск объективных методов оценки состояния регуляторных систем, интегрирующих функционирование всего организма. Одним из таких методов является анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР). Метод позволяет судить об общем текущем функциональном состоянии организма, оценивать адаптивный потенциал, напряженность регуляторных процессов с характеристикой баланса сегментарных и надсегментарных отделов вегетативной нервной системы (2–4, 10, 13, 15).

Исследования ВСР при ГС немногочисленны (8, 12, 28, 30, 32, 34, 36–40). Несмотря на разрозненный и во многом противоречивый характер представленных в указанных работах результатов, практически все авторы положительно отвечают на вопрос о принципиальной возможности применения метода в этом отношении.

Важно отметить, что большинство подобных работ выполнено на малом количестве испытуемых.

При этом оценка динамики показателей ВСР чаще всего проводится в рамках одного/единственного сеанса гипноза. Практически отсутствуют работы по изучению изменений ВСР, а значит и вегетативного баланса, в результате курса ГТ.

По имеющимся литературным данным складывается впечатление, что у здоровых лиц изменение ВСР после сеанса ГТ характеризуется незначительным снижением частоты пульса и ростом спектральной мощности дыхательных HF-колебаний, практически полностью определяющихся парасимпатическими влияниями (28, 30, 32, 34, 36–41). Остается неясным, обусловлена ли подобная динамика наличием ГС или же общей релаксацией с усилением и углублением дыхания. Лишь в одном пилотном исследовании (37) показано, что ГС здоровых лиц сопровождается более сильным приростом относительной спектральной мощности в HF-диапазоне, чем простая релаксация, естественный сон или спокойное глубокое дыхание, задаваемое метрономом.

Прирост парасимпатической активности в ходе сеанса ГТ часто рассматривается как свидетельство стресс-протективных свойств ГС. При этом сам гипноз представляется в данных работах как некое «ноль-состояние», не учитывается стрессовый характер гипнотического воздействия, а его биологическое содержание сводится к психомодулирующему влиянию суггестий (28, 37, 38, 42).

В то же время в отдельных исследованиях четко показано, что наряду с приростом парасимпатических показателей, в ходе сеанса гипноза у здоровых лиц наблюдается снижение показателя общей ВСР SDNN (среднеквадратическое отклонение кардиоинтервалов) (12). Это свидетельствует о централизации и функциональном напряжении регуляторных процессов (2–4, 10, 13, 15). Таким образом, общий характер изменений ВСР говорит о том, что поддержание ГС – это активный системный регуляторный процесс, требующий, с одной стороны, временной централизации управления вегетативной регуляцией, а с другой – вовлекающий на периферическом уровне парасимпатический отдел.

Исследователи предпринимают попытки поиска вегетативных коррелятов внушений эмоционально нейтральных, приятных или неприятных образов, переживаний, ощущений (32, 39). В случае изменения ВСП в ходе таких внушений делается вывод о возможном использовании ВСП в качестве объективного критерия внушаемости (28, 32, 34, 39–42).

В отдельных работах (28, 32, 36, 39–40) проводится комплексная оценка различных электрофизиологических показателей (электроэнцефалографии, вызванных симпатических кожных потенциалов, ВСП) в ходе гипнотического сеанса у здоровых лиц. При этом делается попытка объективизировать оценку гипнабельности как некоего константного свойства индивидуума без учета степени мотивированности испытуемого.

Исследование S.Diamond с соавт. (30) посвящено верификации глубины ГС у здоровых лиц по результатам мониторинга ВСП. При этом глубина гипноза рассматривается как константное свойство ГС. Для анализа ВСП авторами использованы нестандартные нелинейные методы. Выбор подобного подхода свидетельствует о понимании гипнотического транса как переходного динамического процесса, что в отечественной гипнологии считается спорным.

В единичных работах описывается влияние личностной или ситуативной тревожности здоровых лиц (12, 36, 41) на изменение показателей ВСП в ходе гипнотического транса. При этом симпатико-парасимпатический баланс отчетливо сдвигается в симпатическую сторону.

Важно подчеркнуть, что абсолютное большинство выполненных на сегодняшний день исследований касается здоровых лиц (8, 12, 28, 30, 32–34, 36–42). В анализируемой литературе практически не удалось встретить работ, посвященных исследованию ВСП в ГС у больных расстройствами невротического и невротоподобного органического регистра. Между тем можно предположить, что в этих случаях паттерны вегетативного обеспечения ГС могут значительно отличаться, поскольку изначально имеет место срыв вегетативной регуляции (1, 9, 23, 28, 31, 33).

В целом, большая часть обсуждаемых выше работ выполнена зарубежными авторами. При этом во многих случаях приводится простая констатация изменений отдельных показателей ВСП под влиянием гипноза. Подобная трактовка основана на характерном для зарубежных коллег общем теоретическом подходе к оценке показателей ВСП только с точки зрения функциональной активности сегментарных звеньев вегетативной нервной системы без учета адаптивного потенциала организма (35). Кроме того, предпринимаемые некоторыми авторами попытки анализировать сложный характер вегетативных изменений в ГС на основе 1–2 показателей ВСП следует признать методически недостаточными.

Рекомендации отечественных экспертов в области ВСП (3) позволяют оценивать напряженность и централизацию регуляции сердечного ритма, про-

гнозировать вероятность срыва адаптации. Отечественными исследователями разработаны подходы к прогнозированию течения и исхода заболевания, основанные на сопоставлении оценки общего функционального состояния организма по ВСП с клиническими данными (2, 4, 10, 13). При этом предпринимаемые рядом авторов попытки применения анализа ВСП для постановки нозологического диагноза или проведения дифференциальной диагностики на сегодняшний день признаны несостоятельными (13). Изменение ВСП при различных нозологических формах носит неспецифический характер, поскольку отражает универсальные стрессовые механизмы дезадаптации. Тем не менее, полагаем, что отечественный подход к интерпретации ВСП расширяет возможности применения данного метода для понимания биологических основ гипноза.

В этой связи нами было предпринято пилотное исследование, в рамках которого у пяти больных расстройствами невротического и невротоподобного органического спектра изучалась динамика показателей ВСП под влиянием сеанса и курса ГТ.

Целью исследования являлась предварительная оценка потенциала метода анализа ВСП в его применении для объективизации состояния вегетативной регуляции и общего функционального состояния организма в ходе сеанса и курса гипнотерапии в интересах клинической психотерапии.

Реализация поставленной цели предполагала решение следующих задач:

- 1) сравнительное исследование системы показателей ВСП до и после начального сеанса гипнотерапии;
- 2) сравнительное исследование системы показателей ВСП в ходе одного структурированного сеанса гипнотерапии;
- 3) сравнительное исследование системы показателей ВСП до и после курса гипнотерапии.

При проведении исследования нами учитывались собственные данные предшествующих работ (16, 18, 21), позволившие поставить предварительные вопросы:

1. Позволяют ли данные ВСП изучать соотношение централизации и децентрализации регуляторных процессов в ходе ГТ с позиции цены адаптации?
2. Можно ли ставить вопрос о возможностях и ограничениях ГТ, оценивая адаптационные ресурсы и реактивность организма на основе ВСП?
3. Обладает ли метод ВСП прогностическим потенциалом в отношении оценки эффективности ГТ?
4. Возможно ли, учитывая характер динамики ВСП в гипнозе, понять, в какой степени биологические эффекты ГТ обусловлены адаптирующим стрессовым действием гипноза, а в какой определяются психомодулирующим воздействием суггестий?
5. Позволяет ли применение анализа ВСП выйти на обсуждение фундаментальных вопросов природы и механизмов гипноза и ГТ? Так, можно ли, оценивая динамику ВСП, хотя бы косвенно судить о том, является ли гипнотический транс самостоятельным биологическим состоянием или переходным процессом?

Материалы и методы

Регистрация ритмограмм (РГ) с последующим анализом ВСР проводилась в положении лежа с помощью комплекса «МКА 01» (производство НТЦ «МЕДАСС», г. Москва), который выпускается в России серийно и рекомендован к применению в медицинской практике (3). Длительность регистрации для каждого экспериментального условия составляла 5 минут. Оценка состояния вегетативной регуляции проводилась на основе интерпретации показателей временного, геометрического и спектрального анализа ВСР в соответствии с международными (35) и отечественными стандартами (3).

Из показателей временного анализа ВСР использовались средняя частота пульса – ЧПср. (уд/мин), среднеквадратическое отклонение кардиоинтервалов SDNN (мс) и квадратный корень из суммы квадратов разности величин последовательных пар кардиоинтервалов RMSSD (мс). ЧПср. отражает общий уровень функционирования системы кровообращения в исследуемый промежуток времени. SDNN свидетельствует об общей изменчивости сердечного ритма как суммарном результате всех регуляторных воздействий. RMSSD избирательно отражает парасимпатическую активность. Из показателей геометрического анализа ВСР применялся предложенный Р.М.Баевским индекс напряжения регуляторных систем (стресс-индекс) (2–4, 10, 13, 15, 35).

Оценка функциональной активности отдельных звеньев ВНС осуществлялась на основе показателей спектрального анализа ВСР (метод быстрого преобразования Фурье) в следующих частотных диапазонах: HF (high frequency) – высокочастотные колебания (0,15–0,4 Гц); LF (low frequency) – низкочастотные колебания (0,04–0,15 Гц); VLF (very low frequency) – колебания очень низкой частоты (0,003–0,04 Гц). Учитывая динамический характер исследования, использовались относительные спектральные мощности в HF-, LF- и VLF-диапазонах, выраженные в % (HF_n; LF_n; VLF_n) (2–4, 10, 13, 15, 35).

Физиологические механизмы высокочастотных HF-колебаний представлены синусовой дыхательной аритмией и практически полностью определяются активностью парасимпатической нервной системы (2–4, 10, 13, 15, 25, 35). Низкочастотные LF-колебания в основном обусловлены барорефлекторными симпатoadреналовыми влияниями (2–4, 10, 13, 15, 25, 35). Происхождение VLF-колебаний не имеет общепринятого объяснения. По мнению отечественных авторов, рост мощности в VLF-диапазоне даёт косвенное представление о централизации управления сердечным ритмом (активации надсегментарных эрготропных систем, ренин-ангиотензиновой системы, гипоталамо-гипофизарного комплекса) (3, 10, 13, 22, 23).

Проводилась разработанная нами так называемая универсальная ГТ (16, 18, 21). Универсальная ГТ построена как стандартизированная психотерапевтическая процедура, что во многом определило выбор методики. Каждый сеанс в своей структуре

содержал пять последовательных этапов: подготовку к ГТ, гипнотизацию, собственно ГТ с реализацией внушений синего и желтого цвета и вербальной ГТ, направленной на проработку проблемы пациента в обобщенной форме, дегипнотизацию и комплексную оценку состояния пациента после выхода из ГС. Глубина гипнотического транса у всех пациентов соответствовала II или II–III стадии. Курс ГТ составлял 8–10 сессий, проводимых через день.

В предшествующих исследованиях нами была проанализирована биологическая составляющая терапевтического эффекта гипнотерапии, носящая универсальный эустрессовый характер и позволяющая добиваться клинической эффективности не только при психогенных, но и при органических невротоподобных расстройствах (16, 18, 19.). Учитывая это положение, а также отсутствие нозоспецифических особенностей динамики ВСР, данное пилотное исследование касалось пациентов, страдающих как невротическими, так и невротоподобными органическими расстройствами.

Каждый из клинических примеров, обсуждаемых в статье, в исходных материалах был детально описан традиционным клинко-психопатологическим образом. Однако в статье не приводится описание состояния пациентов, поскольку цель и задачи работы находятся вне области структурно-динамического психопатологического анализа.

Эффективность проводимой терапии оценивалась на основе системных клинических критериев, разработанных в наших предшествующих работах для невротических и невротоподобных органических расстройств (16–18). Указанные системные критерии прошли научную и клиническую верификацию в исследованиях (в том числе квалификационных) других авторов (14).

Данные критерии опираются на оценку динамики клинко-психопатологической картины расстройств в рамках МКБ-10 и носят системный характер. По своему клиническому содержанию они дифференцированы для расстройств невротического и невротоподобного органического регистров. В соответствии с указанными критериями в изменении состояния пациента в результате курса психотерапии принято выделять четыре градации: «значительное улучшение состояния», «улучшение состояния», «незначительное улучшение состояния», «отсутствие улучшения».

Первоначально проводилась оценка того, меняются ли показатели ВСР в рамках одного сеанса ГТ. Для этого во время первого сеанса универсальной ГТ было обследовано двое мужчин: больной Р., 18 лет, с диагнозом «Неврастения» и больной А., 45 лет с диагнозом: «Пролонгированная депрессивная реакция в связи с расстройством адаптации». Регистрация РГ проводилась до сеанса, во время гипнотизации и дегипнотизации, в ходе внушения синего цвета и после выхода из ГС. Кроме того, у больного Р. осуществлялась дифференцированная оценка показателей ВСР при внушении синего и желтого цвета.

В случае больного А. внушение желтого цвета не проводилось в связи с выраженным тревожным состоянием, а РГ регистрировалась по ходу вербальной ГТ. Результаты этих исследований представлены в табл. 1 и 2 соответственно.

В дальнейшем проводилось изучение динамики показателей ВСР в рамках курса ГТ. Регистрация ритмограммы проводилась в ходе первого и заключительного сеансов ГТ. Первым обследовался больной К., 45 лет, с диагнозом «Органическое эмоционально-лабильное расстройство сосудистого генеза», регистрация РГ проводилась до и после первого и заключительного сеансов ГТ. Обследование второй пациентки Г., 56 лет, с аналогичным диагнозом, проводилось уже более детально: РГ регистрировалась не только до и после сеансов, но и во время гипнотизации, а также по ходу сеанса.

Клиническое состояние третьей пациентки Б., 46 лет, укладывалось в рамки диагноза: «Пролонгированная депрессивная реакция в связи с расстройством адаптации». В этом случае нас интересовала динамика ВСР в зависимости от структуры сеанса. В этой связи по ходу первого и заключительного сеансов ГТ было проведено наиболее детальное обследование: до и после сеанса, во время гипнотизации и дегипнотизации, во время внушения синего и желтого цвета, а также при проведении вербальной патогенетически направленной ГТ. Результаты исследований представлены в табл. 3–5 соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение

Перед проведением ГТ у всех пациентов оценивалось фоновое состояние вегетативной регуляции и адаптивных ресурсов. В целом, исходный вегетативный статус больных характеризовался напряженностью и централизацией регуляторных процессов (повышенный индекс напряжения – ИН), гиперак-

тивацией церебральных эрготропных систем (превалирование VLFn), значительным снижением парасимпатической активности (низкие значения RMSSD и HFn). Подобный характер вегетативного обеспечения типичен для больных расстройствами невротического и невротоподобного спектра и свидетельствует о срыве психофизиологической адаптации (1, 9, 13, 23, 24, 26, 28, 31, 33).

Важно отметить, что в гораздо меньшей степени подобные изменения были выражены у больного Р., 18 лет (табл. 1). Вероятно, эти отличия связаны с возрастным снижением общей реактивности, вариативности регуляторных процессов у других пациентов, что с позиции ВСР выражается в снижении SDNN, RMSSD, HFn и повышении ИН (2–4, 13, 15).

Сравнение результатов до и после сеанса ГТ позволило выявить общую направленность изменений ВСР (табл. 1–5). По окончании сеанса гипноза наблюдалось небольшое снижение ЧПср., значительно возросла общая ВСР и уменьшался ИН, происходило снижение гиперактивации эрготропных систем VLFn с тенденцией к децентрализации регуляторных процессов. Подобные изменения, по-видимому, отражают адаптивный характер воздействия ГС на регуляторные процессы организма.

При этом анализ динамики показателей HFn и RMSSD свидетельствовал о том, что в отличие от здоровых лиц, у большинства пациентов прирост парасимпатической активности был незначительным, особенно на первых сеансах (табл. 1–5). В то же время в четырех случаях из пяти снижение активности церебральных эрготропных систем VLFn сопровождалось отчетливым ростом вклада симпатoadреналовых барорефлекторных влияний LFn (табл. 1, 3–5). По-видимому, указанная динамика показателей спектрального анализа ВСР отражает специфику реадaptационных гипногенных перестро-

Таблица 1

Динамика variability сердечного ритма в рамках первого сеанса гипнотерапии. Больной Р., 18 лет, диагноз «Неврастения»

	ЧПср., уд/мин	SDNN, мс	RMSSD, мс	ИН, усл.ед.	HF _n , %	LF _n , %	VLF _n , %
до сеанса	70,1	59	48,3	52,5	14,7	19,6	63,5
гипнотизация	55,9	55	64,3	58	31	38,1	27,7
внушение синего цвета	55,1	76,2	64,1	35,1	18,6	32,3	48,3
внушение желтого цвета	57,9	106	65,9	35,1	18,6	32,3	48,3
дегипнотизация	61,9	75	55,6	41,5	12,3	17,8	69,3
после сеанса	68,1	82	49,2	35,5	13,4	34,9	51,2

Таблица 2

Динамика variability сердечного ритма в рамках первого сеанса гипнотерапии. Больной А., 45 лет, диагноз «Пролонгированная депрессивная реакция в связи с расстройством адаптации»

	ЧПср., уд/мин	SDNN, мс	RMSSD, мс	ИН, усл.ед.	HF _n , %	LF _n , %	VLF _n , %
до сеанса	82,9	18,6	13	499,8	14,9	46	39,2
гипнотизация	79,8	44,2	47	112,4	31,2	31,3	37,5
внушение синего цвета	76,1	19,6	16,7	338,5	14,9	55,3	29,8
вербальная гипнотерапия	79,8	15,7	12,8	467,4	15,3	77,4	7,2
дегипнотизация	78,8	36,1	20,6	222,3	5,8	24,3	69,8
после сеанса	80,9	27,8	12,6	261,3	7,4	23,3	69,4

ек вегетативной регуляции при невротических и неврозоподобных расстройствах.

Интересны результаты анализа динамики ВСР в зависимости от структуры гипнотического сеанса (табл. 1, 2, 4, 5). Процесс перехода в ГС (гипнотизация) сопровождается резким снижением ЧПСр. и значительным нарастанием парасимпатических дыхательных влияний на сердечный ритм HFn. При этом наблюдаются разнонаправленные изменения SDNN и ИН, но в большинстве случаев характерно усиление напряженности регуляторных процессов,

проявляющееся возрастанием ИН и снижением общей ВСР SDNN. Последнее подтверждает наши представления о механизмах гипнотизации, основанных на нарастающей активации неспецифической активирующей системы мозга (16, 18, 21).

Выход из ГС (дегипнотизация) на первом сеансе также требовал значительной активации церебральных эрготропных систем, что отражал прирост спектральной мощности в VLF-диапазоне (табл. 1, 2, 5). Интересно, что у пациентки Б. на заключительном сеансе ГТ дегипнотизация уже не сопровождалась

Таблица 3

Динамика variability сердечного ритма в рамках курса гипнотерапии. Больной К., 45 лет, диагноз «Органическое эмоционально-лабильное расстройство сосудистого генеза»

	ЧПСр., уд/мин	SDNN, мс	RMSSD, мс	ИН, усл.ед.	HF _n , %	LF _n , %	VLF _n , %
Первый сеанс							
до сеанса	62,5	30,9	17,2	164	4,6	60,6	34,6
после сеанса	58,6	23,7	16,6	322,3	7,9	57,4	34,3
Заключительный сеанс							
до сеанса	75,5	41,3	15,9	118,4	4,3	18	77,4
после сеанса	70,3	51,7	27,9	75,1	7,9	33,6	58,1

Таблица 4

Динамика variability сердечного ритма в рамках курса гипнотерапии. Больная Г., 56 лет, диагноз «Органическое эмоционально-лабильное расстройство сосудистого генеза»

	ЧПСр., уд/мин	SDNN мс	RMSSD мс	ИН усл.ед.	HF _n %	LF _n %	VLF _n %
Первый сеанс							
до сеанса	88,7	57,1	6,9	171,8	0,4	7,7	91,8
гипнотизация	74	27,1	12,8	251,1	6,9	27,2	62,5
по ходу сеанса	73,6	29,4	9,7	220,1	5,6	21,7	72,5
после сеанса	82,3	51,9	12,6	103,3	2,4	22,7	74,8
Заключительный сеанс							
до сеанса	87,8	32,9	7,9	210,4	1,7	27,8	70,3
гипнотизация	77	23,4	8,7	343,2	3,5	33,9	62,4
по ходу сеанса	77	28,2	8,5	262,1	2,2	17,6	80
после сеанса	78,7	45,2	13,2	120,1	1,2	30,7	88

Таблица 5

Динамика variability сердечного ритма в рамках курса гипнотерапии. Больная Б., 46 лет, диагноз «Пролонгированная депрессивная реакция в связи с расстройством адаптации»

	ЧПСр., уд/мин	SDNN, мс	RMSSD, мс	ИН, усл.ед.	HF _n %	LF _n %	VLF _n %
Первый сеанс							
до сеанса	61,2	57,7	46,3	58,4	15,3	20,6	63,2
гипнотизация	61	53,7	52,2	54	25,6	27,1	46,2
внушение синего цвета	61,3	51,9	48,9	67,2	23,2	40,8	35,2
внушение желтого цвета	60,1	67,9	55,7	40	17,1	23,2	58,7
вербальная гипнотерапия	58,1	70,3	62,2	39,3	22,4	19,5	57,4
дегипнотизация	59,6	71,3	43,7	42,5	10,1	19,4	70,1
после сеанса	58,8	51,5	49,4	64,4	16,2	24,5	57,8
Заключительный сеанс							
до сеанса	65	37,7	27,1	147,4	14,6	33,5	51
гипнотизация	61,9	43,5	32,5	92,6	16,7	29,5	53
внушение синего цвета	62,4	55,7	36,3	68,5	11	44,3	43,9
внушение желтого цвета	63,4	40,6	32	89,9	16,5	44,2	38,5
вербальная гипнотерапия	61,2	48,9	37,5	82,2	13,6	28,8	56,5
дегипнотизация	60,4	57	38,2	59,4	15,6	25,2	58,5
после сеанса	60,6	59,1	41,5	49,7	10,8	38,4	50,1

подобной динамикой ВСР, что, вероятно, связано с адаптацией пациента к ГС в ходе курса ГТ (табл. 5).

Сравнение спектральных показателей ВСР в ходе вербальной ГТ и при внушении цветов показало, что «видение» в ГС любого цвета сопровождалось резким увеличением вклада адренергических влияний. Репродукция в гипнозе синего цвета характеризовалась доминированием периферических барорефлекторных симпатoadреналовых влияний, что нашло свое отражение в превалировании мощности LF-колебаний. Внушение желтого цвета сопровождалось резким усилением мощности VLF-колебаний, что говорит об активации лимбико-ретикулярных структур.

Полученные результаты подтверждают и уточняют данные наших предшествующих исследований по влиянию внушенных в ГС цветов на систему кровообращения и согласуются с интегративной теорией гипноза в ее нейрофизиологической части (16, 18). Согласно данной теории скорость заглушения, яркость, информационная емкость внушенных зрительных ощущений и образов определяется степенью активации неспецифических регуляторных систем мозга (16, 18).

Особый интерес представляет изучение изменений показателей ВСР в результате курса ГТ и сопоставление этой динамики с оценкой клинико-психопатологического состояния по системным критериям эффективности психотерапии. У пациенток Г. (табл. 4) и Б. (табл. 5) после первого сеанса наблюдалась отчетливая тенденция к децентрализации вегетативной регуляции. Перед заключительным сеансом указанные изменения ВСР были уже фоновыми, что, полагаем, отражает устойчивость реадaptационных перестроек вегетативной регуляции. Интересно, что по клиническим критериям оценки эффективности психотерапии у обеих пациенток отмечалось «значительное улучшение состояния».

Иная картина наблюдалась в случае пациента К. (табл. 3), клиническое состояние которого изначально было достаточно неустойчивым и характеризовалось резкими перепадами артериального давления с сопутствующим «мерцанием» астенической и тревожной симптоматики. В данном случае динамика ВСР не позволяла нам говорить о формировании в ходе курса ГТ нового устойчивого реадaptационного паттерна вегетативной регуляции. Это, по-видимому, нашло косвенное отражение в результатах оценки эффективности психотерапии. По используемым в работе клиническим критериям изменение состояния больного К. характеризовалось как «незначительное улучшение состояния».

Обсуждая результаты, следует отметить их несомненную, пусть и предварительную информативность. Хотя проведенное исследование имело пилотный характер, полученные данные четко говорят о принципиальной возможности применения анализа ВСР для объективизации изменений вегетативной регуляции больных как в рамках одного сеанса гипноза, так и в результате курса ГТ. Анализ ВСР позволил подойти к интегрированной оцен-

ке адаптационных ресурсов и реактивности организма при ГТ, что, надеемся, получит развитие в дальнейших исследованиях.

Полученные данные носят предварительный характер, однако четко свидетельствуют о ВСР-феноменах централизации/децентрализации регуляторных процессов в ГС, а также о связи последних с клиническим эффектом ГТ. В этой связи полагаем оправданным продолжение исследований по ВСР для разработки подходов к прогностической оценке эффективности ГТ, дополняющих клинические.

Несмотря на пилотный характер исследования, отчетливо прослеживается основная направленность изменений показателей ВСР после сеанса гипноза, которая характеризуется итоговым снижением гиперактивации эрготропных систем с тенденцией к децентрализации регуляторных процессов. Полученные данные позволяют предположить наличие специфики реадaptивных перестроек вегетативной регуляции при невротических и неврозоподобных расстройствах.

Согласно предварительным результатам, в отличие от здоровых лиц, в рассмотренных случаях децентрализация вегетативной регуляции сопровождалась первоначальным ростом вклада симпатoadреналовых барорефлекторных влияний, в то время как прирост парасимпатической активности был незначителен. Причем описанная динамика не зависит от нозологической принадлежности пациента и, видимо, характеризует паттерны вегетативного обеспечения ГС в случае изначального срыва психофизиологической адаптации. Вместе с тем, считаем, что последнее предположение требует дальнейших исследований.

Кроме того, анализ ВСР позволил выявить предварительные сходства и различия воздействия внушенных в ГС ощущений синего и желтого цветов, опирающиеся на общие активационные механизмы и различающиеся вовлечением в процессы активации адренергических механизмов разного уровня. Полагаем, на основе анализа ВСР возможна разработка подходов к дифференцированной оценке адаптирующего стрессового действия гипноза и психомодулирующего воздействия суггестий.

Таким образом, на четыре из пяти вопросов, поставленных в начале исследования, удалось получить предварительный позитивный ответ. Последний из первоначальных вопросов касался возможности разграничения с помощью метода ВСР ГС как самостоятельного биологического состояния от бодрствования. Поскольку метод ВСР позволяет разграничивать устойчивые состояния от переходных процессов, нам следует рассмотреть две исходные принципиально различающиеся модели ГС, соотношенные с состоянием бодрствования.

В первой модели, где ГС рассматривается как переходный процесс, прилежащий к состоянию бодрствования, ВСР-описания бодрствования до и после сеанса гипноза должны удовлетворять критериям состояния, а переход в ГС, пребывание в ГС и выход из него – критериям переходных процессов.

Во второй модели, где ГС рассматривается как устойчивое состояние, отличное от бодрствования, ВСР-описание бодрствования до и после сеанса гипноза, равно как ВСР-описание ГС, должны удовлетворять критериям состояния, а переход в ГС и выход из него – критериям переходных процессов. Полученные нами данные, разумеется, носят предварительный характер, однако, несомненно, укладываются во вторую из рассматриваемых моделей, указывая на принадлежность ГС к устойчивым состояниям.

Выводы

1. Анализ ВСР позволяет подойти к интегрированной оценке адаптационного потенциала организма и его реализации при гипнотерапии.
2. Метод может применяться для объективизации регуляторных вегетативных механизмов гипнотерапии.
3. На основе данного метода возможна разработка подходов к прогностической оценке эффективности гипнотерапии, дополняющей ее системную клиническую оценку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипова О.С. Исследование вегетативного статуса больных смешанными тревожными и депрессивными расстройствами // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: Материалы Всероссий. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2003. – С. 181–182.
2. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. – М.: Медицина, 1997. – 265 с.
3. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. и соавт. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: Метод. рекомендации. – Ижевск: Изд-во Удм. ун-та, 2003. – С. 201–255.
4. Баевский Р.М., Кирилов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. – М.: Наука, 1984. – 221 с.
5. Балон Л.Я. Последовательные образы. Физиология, фармакология, клиника. – Л., 1971. – 214 с.
6. Бехтерева Н.П., Камбарова Д.К., Поздеев В.К. Устойчивое патологическое состояние при болезни мозга. – Л., 1978. – 240 с.
7. Вейн А.М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. – Л.: Медицина, 1973. – 143 с.
8. Гизатулин Р.Х., Сандомирский М.Е., Еникеев Д.А., Стоянов А.С. Анализ variability сердечного ритма и его применение в психотерапии // Здравоохранение Башкортостана. – 1998. – № 5–6. – С. 136–142.
9. Ивлева Е.И. Повышение эффективности терапии больных неврологических расстройствами на основе коррекции вегетативного гомеостаза. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2001. – 23 с.
10. Котельников С.А., Ноздрачев А.Д., Одинок М.М. и соавт. Variability ритма сердца: представления о механизмах // Физиология человека. – 2002. – Т. 28, № 1. – С. 130–143.
11. Кратин Ю.Г., Сотниченко Т.С. Неспецифические системы мозга. – Л., 1987. – 159 с.
12. Машин В.А., Машин М.Н. Анализ variability ритма сердца при негативных функциональных состояниях в ходе сеансов психологической релаксации // Физиология человека. – 2000. – Т. 26, № 4. – С. 48–54.
13. Михайлов В.М. Variability сердечного ритма. Опыт практического применения. – Иваново, 2000. – 200 с.
14. Набиуллина Р.Р. Дифференцированная психотерапия психических расстройств у больных артериальной гипертензией с различной генетической детерминированностью. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2006. – 35 с.
15. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Variability сердечного ритма. – М.: Изд-во «СтарКо», 1998. – 200 с.
16. Тукаев Р.Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448 с.
17. Тукаев Р.Д. Методические основы критериев эффективности психотерапии. Критерии эффективности психотерапии неврозов (Информационно-методическое письмо). – Уфа, 1988. – 10 с.
18. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. – М., 2002. – 270 с.
19. Тукаев Р.Д. Психофизиологическое воздействие внушенных цветовых образов и образов в гипнозе. – М., 1985. – 19 с. Деп. в ВНИИМИ МЗ СССР № 9972-85.
20. Тукаев Р.Д. Репродукция цветовых ощущений в гипнозе и последовательные образы (сравнительный анализ). – М., 1988. – 10 с. Деп. в ВНИИМИ МЗ СССР № 6642-888.
21. Тукаев Р.Д. Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). – Уфа, 1996. – 270 с.
22. Флейшман А.Н. Медленные колебания гемодинамики. Теория, практическое применение в клинической медицине и профилактике. – Новосибирск, 1999. – 264 с.
23. Хаспекова Н.Б. Регуляция variability ритма сердца у здоровых и больных с психогенной и органической патологией мозга. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1996. – 217 с.
24. Хаспекова Н.Б., Дюкова Г.М., Тумалаева З.Н., Алиева Х.К. Вегетативная регуляция у больных с паническими атаками по данным лонгитудинального исследования variability ритма сердца // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1999. – Т. 99, № 7. – С. 41–44.
25. Хаютин В.М., Лукошкова Е.В. Спектральный анализ колебаний частоты сердечных ритмов: физиологические основы и осложняющие его явления // Российский физиологический журн. им. И.М. Сеченова. – 1999. – Т. 85, № 7. – С. 893–909.
26. Carney R., Freedland K.E., Stain P.K. Anxiety, depression and heart rate variability // Psychosom. Med. – 1999. – Vol. 61, N 3. – P. 334–340.
27. Cohen H., Matar M., Kaplan Z., Kotler M. Power spectral analysis of heart rate variability in psychiatry // Psychother. Psychosom. – 1999. – Vol. 68, N 2. – P. 59–66.
28. DeBenedittis G., Cigada M. Autonomic changes during hypnosis: a heart rate variability power spectrum analysis as a marker of sympatho-vagal balance // Int. J. Clin. Exp. Hyp. – 1994. – Vol. 42, N 2. – P. 140–152.
29. Diamond S.G., Howe R.D. Measuring hypnosis: relating the subjective experience to systematic physiological changes // Int. J. Complex System. – 2002. – P. 541.
30. Friedman B.H., Thayer J.F. Autonomic balance revisited: panic anxiety and heart rate variability // J. Psychosom. Res. – 1998. – Vol. 44, N 1. – P. 133–151.
31. Germagnani A., Sebastiani L. et al. Hypnotic trait and specific phobia: EEG and autonomic output during phobic stimulation // Brain Res. Bull. – 2006. – Vol. 69, N 2. – P. 197–203.
32. Gorman J.M., Sloan R.P. Heart rate variability in depressive and anxiety disorders // Am. Heart J. – 2000. – Vol. 140, Suppl. 4. – P. 77–83.
33. Harris R.M., Porges S.W., Carpenter M.E., Vincenz L.M. Hypnotic susceptibility, mood state and cardiovascular reactivity // Am. J. Clin. Hypnosis. – 1993. – Vol. 36, N 1. – P. 15–25.
34. Heart Rate Variability. Standards of Measurement, Physiological Interpretation, and Clinical Use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology // Circulation. – 1996. – Vol. 93, N 5. – P. 1043–1065.
35. Murata T., Takahashi T. et al. Individual trait anxiety levels characterizing the properties of zen meditation // Neuropsychobiology. – 2004. – Vol. 50, N 2. – P. 189–194.
36. Peng C.K., Mictus J.E. et al. Exaggerated heart rate oscillation during two meditation techniques // Int. J. Cardiology. – 1999. – Vol. 70. – P. 101–107.
37. Sakakibara M., Takuchi S. et al. Effect of relaxation training on cardiac parasympathetic tone // Psychophysiology. – 1994. – Vol. 31, N 3. – P. 223–228.
38. Sebastiani L., Simoni A. et al. Human hypnosis: autonomic and electroencephalographic correlates of a guided multimodal cognitive-emotional imagery // Neurosci. Lett. – 2003. – Vol. 338, N 1. – P. 41–44.
39. Sebastiani L., Simoni A. et al. Relaxation as cognitive task // Arch. Ital. Biol. – 2005. – Vol. 143, N 1. – P. 1–12.
40. Takahashi T., Murata T. et al. Changes in EEG and autonomic nervous activity during meditation and their association with personality traits // Int. J. Psychophysiol. – 2005. – Vol. 55, N 2. – P. 199–207.
41. Yeragani V.K., Balon R., Pohl R. et al. Decreased R-R variance in panic disorder patients // Acta Psychiatr. Scand. – 1990. – Vol. 81. – P. 554–559.
42. Zachariac R., Jogensen M.M. et al. Autonomic and physiological responses to an acute physiological stressor and relaxation: the influence of hypnotizability and absorption // Int. J. Clin. Exp. Hyp. – 2000. – Vol. 48, N 4. – P. 388–403.

УДК 616.895.8–07(048.8)

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ: ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Г. Р. Саркисян

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Уже в начале XX века стало возможным изучение структуры головного мозга *in vivo* с помощью нейровизуализационных техник. Это было возможно при помощи проведения пневмоэнцефалографии, при которой в качестве рентгеноконтрастного средства использовался газ (кислород, закись азота, углекислый газ), вводимый в желудочки и подпаутинное пространство головного мозга. Проведение такой процедуры осложнялось развитием тошноты и рвоты у обследуемых, а в некоторых случаях потерей сознания. Развитие головных болей также часто следовало за проведением исследования. J.O.Naug (35) продемонстрировал энцефалограммы больных шизофренией, которые часто не соответствовали норме, и сделал заключение о том, что у данной группы пациентов присутствуют некоторые атрофические изменения в головном мозге. Он также указал на прогрессирование данной патологии с течением времени у пациентов, клиническая картина болезни которых ухудшалась.

В 1970-х годах введение новой, более современной нейровизуализационной техники – компьютерной томографии (КТ) – сделало возможным изучение предполагаемых структурных нарушений в головном мозге более щадящими для пациентов способами. E.C.Johnstone с соавт. впервые опубликовал исследование, проведенное с использованием КТ, в котором сообщал о расширенных боковых желудочках у пациентов с хронической шизофренией (46). В начале введения КТ многие исследователи подтверждали, что расширенные боковые желудочки выявляются у большей части больных шизофренией (103). К 1994 году в мире было проведено около 60 контролируемых исследований, в которых изучались структурные особенности головного мозга пациентов с использованием КТ (55). В обзор литературы, представленный S.W.Lewis (55), были включены только те исследования, в которых в качестве контрольной группы изучались здоровые добровольцы, обследованные параллельно с группой пациентов. 21 исследование, как правило, более поздние, соответствовали выбранным критериям. В сравнении с этими, менее контролируемые исследования не показывали существенных КТ изменений в структуре голов-

ного мозга пациентов с шизофренией. В то же время, использование мета-аналитического подхода продемонстрировало более высокое соотношение объемов желудочки/мозг (95) и более частую вентрикуломегалию (71) у пациентов с шизофренией в сравнении со здоровыми лицами.

В настоящее время существует целый ряд нейровизуализационных методов, позволяющих изучать структуру и функциональную активность головного мозга (таблица).

С началом использования магнитно-резонансной томографии стало возможным исследование серого и белого вещества головного мозга, отдельных корковых и подкорковых структур. Проведение таких исследований позволило выявить различные структурные патологические изменения в головном мозге пациентов с шизофренией. Многие исследования проводились на малых выборках, были изучены различные структуры головного мозга, но часто не у одного и того же исследуемого. Это усложняет интерпретацию результатов данных исследований. Тем не менее, в мета-анализе 58 исследований (опубликованных до сентября 1998 г.) I.C.Wright с соавт. (107) убедительно показали наличие структурных изменений головного мозга у пациентов с шизофренией: объем тела бокового желудочка был увеличен (16%), в то время как объем головного мозга уменьшен (2%). Последнее было связано, в первую очередь, с редукцией объема серого вещества головного мозга (2%), в то же время небольшое, но регист-

Методы нейровизуализации

Морфология:	
СТ	компьютерная томография
sMRI	структурная магнитно-резонансная томография
DTI	диффузионно-тензорная томография
Функция:	
PET	позитронно-эмиссионная томография
SPECT	однофотонно-эмиссионная компьютерная томография
fMRI	функциональная МРТ
EP	вызванные потенциалы
MEG	магнитная энцефалография
Физиология:	
MRS	магнитно-резонансная спектроскопия

рируемое уменьшение объема белого вещества (1%) также имело место.

Более высокое качество магнитно-резонансных изображений позволило выделять и изучать области, представляющие особый интерес (область интереса – ОИ). Подход к изучению отдельных ОИ часто оказывается чувствительным по отношению к индивидуальным решениям об определении анатомических границ той или иной ОИ, что может приводить к недостоверности результатов. В ряде исследований в случае изучения малых ОИ (например, гиппокампа) нет данных о больших структурах мозга, так же, как и в случае изучения больших ОИ (например, серого вещества головного мозга), остается неясным, вовлекаются ли в патологический процесс определенные области больше, чем другие. Отмечается большее снижение объема височной доли (34), а именно в медиальных височных структурах (гиппокамп и амигдала, 66). Данные мета-анализа I.C.Wright с соавт. (107) подтверждаются и в ряде других исследований. Структурные изменения головного мозга обнаруживаются не у всех пациентов с шизофренией в сравнении с контрольной группой, а также не всегда выявляются у отдельных пациентов и представляют слегка уловимые значимые отклонения от средних вариаций размеров в популяции. Данные других мета-аналитических исследований показывают, что у пациентов с шизофренией, в сравнении с контрольной группой здоровых людей, уменьшены размеры головного мозга (100, 107), расширены боковые и третий желудочки (54, 107), уменьшены размеры лобной доли (107), уменьшены размеры височно-лимбических структур (66, 100, 107) и мозолистого тела (105), а также увеличены размеры базальных ядер (107).

Другим подходом является компьютерная морфометрия, например, морфометрия, основанная на подсчете вокселей (Voxel-based morphometry, VBM). VBM – это статистический анализ, основанный на подсчете каждого отдельного вокселя (структурного элемента изображения). С использованием VBM возможно изучение локальных изменений серого и белого вещества в головном мозге.

Несмотря на наличие большого количества работ, посвященных данной проблеме и значимости результатов, предоставляемых мета-аналитическими исследованиями, сущность выявляемых структурных патологических изменений головного мозга при шизофрении и их роль в патофизиологии болезни до сих пор остаются не вполне ясными. С этих позиций становится значимым установление времени возникновения этих изменений и их динамика с течением болезни. Используются различные подходы для решения этих вопросов: кроссекционные и лонгитудинальные исследования, изучающие корреляции между морфологическими размерами мозга и их изменением с течением болезни.

Лонгитудинальные МРТ исследования

Шизофрения часто определяется как прогрессирующее заболевание с постепенным ухудшением

когнитивных функций и ежедневного функционирования. Во многих поперечных МРТ исследованиях у взрослых пациентов снижение объема серого вещества головного мозга было более явным по сравнению с контрольной группой здоровых людей, что, возможно, подтверждает прогрессирующее снижение объема серого вещества у больных шизофренией (40). Тем не менее, наиболее информативным в отношении определения прогрессирующего снижения объема с течением заболевания может быть серийное сканирование одних и тех же пациентов. Ранние пневмоэнцефалографические и КТ исследования сообщали о прогрессивном увеличении объема желудочков с течением времени (35, 50), но большинством эти данные не подтверждались (17, 39, 43, 45, 65, 86, 98). КТ исследования определяли соотношение размеров желудочки/головной мозг, рассчитанное на срезе, на котором боковые желудочки представлены в их максимальном разрезе. Неизбежные позиционные вариации между снимками вызывали сложности в возможности достоверного сравнения второго и первого снимков. С этой целью более современные КТ исследования используют волюметрические измерения размера желудочков, что позволило выделить subgroup исследуемых, у которых прослеживается увеличение объема желудочковой системы с течением времени (15).

Большинство проведенных волюметрических лонгитудинальных МРТ исследований включали пациентов с недавним началом заболевания (8, 21, 22, 24, 33, 38, 49, 57). У пациентов отмечено значительное снижение общего объема головного мозга (8, 21, 22, 24, 33), объема лобной доли (8, 33, 38, 49, 57) и верхней височной извилины (49). Далее, W.Cahn и соавт. показали, что снижение общего объема головного мозга было в основном обусловлено снижением объема серого вещества (8). Некоторые исследования сообщали об увеличении объема пространства спинномозговой жидкости у пациентов в сравнении с контрольной группой (8, 21, 22, 24, 38, 57), в то время как другие авторы эти данные не подтверждали (70, 106). Только несколько исследований включали хронически больных и сообщали о значимом снижении лобно-височных объемов и увеличении объема желудочков с течением времени у пациентов (15, 60).

Лонгитудинальные исследования с использованием статистического параметрического картирования (statistical parametric mapping) были проведены для изучения рано начавшейся шизофрении (93) и показали ускоренную потерю серого вещества в подростковом возрасте. В начале заболевания в процесс вовлекаются теменные области, в то время как лобные и височные области – позднее с течением времени. Интересным представляется то, что лобные и височные области оказываются регионами, вовлеченными в процесс при шизофрении, начавшейся в старшем возрасте (41, 84, 85, 108). Однако поперечные исследования обнаруживают также вовлечение подкорковых структур, таких как

амигдала, таламус, подкорковые ядра (1, 41, 104, 108). Остается не до конца ясным, изменяются ли эти отклонения с течением времени. Вопрос о том, что изменения объемов головного мозга у пациентов с шизофренией наиболее заметны в первые годы заболевания, является спорным (8, 49). До настоящего времени остается неясным происходит ли прогрессирующая потеря серого вещества головного мозга на поздних этапах течения заболевания, так как не было проведено лонгитудинальных исследований, которые бы включали достаточное количество пациентов с недавно начавшимся заболеванием и хронической шизофренией.

Большое количество МРТ исследований было посвящено изучению различных корковых и подкорковых структур у пациентов с первым эпизодом шизофрении. Некоторые обнаруживали изменения в головном мозге, схожие с таковыми у пациентов с хронической шизофренией, в виде снижения объема серого вещества (7, 28, 49, 58, 110), расширения боковых и третьего желудочков (13, 18, 57), снижения объема лобной доли (3, 33, 36, 37, 68, 69) и изменений в височно-лимбических структурах (33, 36, 47, 49, 63, 91). В то же время, результаты данных исследований несколько отличались от тех, что сообщали о незначительных изменениях в различных структурах мозга, таких как желудочки головного мозга (20, 70, 78), лобная доля (5, 8, 19, 64), височная доля (5, 19, 68, 69, 78) и височно-лимбические структуры (7, 8, 61, 72, 83) в группе пациентов с первым эпизодом шизофрении. В мета-анализе результатов МРТ исследований пациентов с первым эпизодом шизофрении (99) уже в начале заболевания обнаруживается наличие некоторых структурных изменений головного мозга, наблюдаемых у хронических пациентов – расширение желудочковой системы, уменьшение размеров головного мозга и гиппокампа. С другой стороны, настоящим исследованием было отмечено, что такие структуры как височная доля и миндалина у пациентов с первым эпизодом шизофрении остаются интактными, в противовес тому, что выявляется у хронически больных или же в других исследованиях пациентов с первым эпизодом шизофрении (97).

Генетические исследования

Несмотря на огромное количество исследований, этиология шизофрении остается неизвестной. Единственным неоспоримым фактором развития заболевания является наследственность, что неоднократно подтверждалось в исследованиях семей и близнецов (32, 44, 51). I.I.Gottesman (32) показал, что риск развития заболевания у члена семьи возрастает от степени близости родства с заболевшим шизофренией: риск заболевания шизофренией в течение жизни в общей популяции составляет 1% и значительно возрастает со степенью близости родства с заболевшим, достигая максимального значения у монозиготных близнецов – 48%.

Изучение близнецовых пар дискордантных по шизофрении значительно повышает возможность определения структурных изменений головного мозга, так как могут быть отслежены факторы, влияющие на структуру головного мозга, такие как генетические, пре- и постнатальные. Важно, что дискордантные монозиготные близнецы имеют одинаковую предрасположенность к развитию заболевания, в отличие от дискордантных дизиготных близнецов. Роль генетических факторов предполагается, когда монозиготные пациенты и их ко-близнецы отличаются от здоровых монозиготных близнецов, но не отличаются друг от друга, и данные более выражены у дискордантных монозиготных близнецов, чем у дискордантных дизиготных пар. Степень генетической обусловленности структуры головного мозга можно оценить путем сравнения сходства внутри пары монозиготных и дизиготных близнецов.

До настоящего времени остается не до конца ясным, обусловлены ли структурные изменения головного мозга при шизофрении генетическими или средовыми факторами. Влияние генетических факторов отмечено в увеличении содержания спинномозговой жидкости в бороздах и уменьшении объема серого вещества головного мозга (11), меньших размерах таламуса (87) и расширенных желудочках (102) у пациентов с шизофренией, также как и у их здоровых сиблингов, с которыми они разделяют около 50% генов, в сравнении с группой здоровых лиц. Более того, расширенная желудочковая система и увеличение содержания спинномозговой жидкости в бороздах отмечены у лиц с повышенным генетическим риском развития шизофрении: у лиц с шизотипическим расстройством; детей матерей, страдающих шизофренией (10, 81, 82). Влияние негенетических факторов описывается в исследованиях, изучающих монозиготных близнецов, дискордантных по шизофрении: при этом у заболевших близнецов выявляются меньшие размеры головного мозга и гипоталамуса и увеличенные желудочки в сравнении с их здоровыми ко-близнецами (67, 74, 90).

В недавнем исследовании, проведенном W.F.Vaage и соавт. (2), в котором изучались монозиготные и дизиготные близнецы дискордантные по шизофрении и контрольная группа здоровых близнецов, было установлено, что генетический риск заболевания шизофренией обуславливает определенные изменения в головном мозге, но на манифестацию заболевания оказывают влияние также дополнительные факторы, которые не являются генетически детерминированными. Описано уменьшение объема головного мозга, расширение желудочковой системы у здоровых близнецов дискордантных пар и прогрессирующее снижение объема головного мозга с расширением желудочковой системы у болеющих ко-близнецов. При отдельном изучении серого и белого вещества головного мозга было выявлено, что уменьшение объема белого вещества соотносится с повышенным генетическим риском развития шизофрении, в то время как

уменьшение объема серого вещества соотносится с влиянием внешних факторов (42).

Используя картирование коры головного мозга у близнецов с шизофренией в сравнении с их здоровыми монозиготными ко-близнецами, T.D.Cannon и соавт. (12) продемонстрировали дефицит серого вещества, обусловленный заболеванием, в префронтальной коре, верхней височной извилине и теменной извилине.

Возможность прогноза исхода заболевания

Данные ряда текущих исследований предполагают, что пациенты с шизофренией в основном имеют неблагоприятный прогноз заболевания (89, 94), в то время как другие исследования говорят об относительно хороших исходах (6, 27). Эти противоречия могут быть объяснены различиями в методологии, например, в характеристике пациентов, длительности наблюдения, оценке исходов. Также большое количество факторов может влиять на исход заболевания, такие как раннее и вялотекущее начало заболевания (73), наличие алкогольной или наркотической зависимости, некомплайентность в отношении лекарственной терапии (25, 59), мужской пол (4) и наличие выраженной негативной симптоматики (16, 29, 62).

Основываясь на проведенном обзоре литературы, L.Davidson и T.H.McGlashan (14) сделали вывод о том, что шизофрения, являясь инвалидизирующим и хроническим заболеванием, не утяжеляется прогрессивно с течением времени. Ухудшение функционирования характеризует заболевание на ранних этапах течения, но в какой-то период снижение достигает определенного плато. Время достижения плато различно среди больных шизофренией, но чаще всего возникает спустя 5–10 лет от начала заболевания. Авторы утверждают, что эти данные были получены при включении в исследование групп пациентов, у которых заболевание приобрело хроническое течение.

С целью изучения взаимосвязи между исходом заболевания и структурными особенностями головного мозга, проведен целый ряд исследований хронически больных шизофренией. W.G.Staal и соавт. (88) проанализировали 21 нейровизуализационное исследование, в которых изучалась взаимосвязь между различным исходом заболевания и объемом головного мозга у пациентов с шизофренией. Предполагалось, что степень расширения желудочковой системы коррелирует с исходом заболевания. Некоторые поперечные исследования сообщают о взаимосвязи между структурными изменениями головного мозга (качественными и количественными) и исходом заболевания (15, 30, 77, 88); эти данные получены путем изучения хронически больных с относительно хорошим или неблагоприятным исходом заболевания. В этих исследованиях использовались различные определения неблагоприятного исхода заболевания: более 5 лет полной зависимости от других в отношении ежедневного функционирования,

невозможность трудоустроиться и сохраняющаяся симптоматика заболевания (15); общее количество баллов по шкале Strauss-Carpenter Outcome Scale (30, 77); уровень госпитализации более 50% времени от общего периода течения заболевания и продолжающиеся госпитализации в течение последних трех лет (88). Несмотря на различное определение исхода заболевания, эти исследования обнаружили взаимосвязь между увеличением размеров желудочковой системы и неблагоприятным исходом заболевания (30, 77). Более того, W.G.Staal и соавт. (88) сообщают о снижении объема серого вещества лобной доли головного мозга у пациентов с неблагоприятным исходом заболевания при сравнении с пациентами с хорошим исходом заболевания и здоровой контрольной группой. Однако удивительно мало исследованных проспективно изучали размеры головного мозга и отдельных структур у пациентов с недавно начавшимся заболеванием (20, 23, 56, 75, 96, 101, 109). У пациентов с первым психотическим эпизодом меньшие размеры мозжечка (101), Сильвиевой борозды (96), расширенные боковые желудочки (20, 56), атрофия коркового вещества (110) определялись как возможные предикторы различных клинических и социальных исходов заболевания (38). Более современные исследования сообщают, что хотя нейровизуализационные особенности, определяемые при первом эпизоде шизофрении, могут иметь некоторую прогностическую значимость, большее значение в отношении определения клинического исхода заболевания имеют обнаруживаемые структурные изменения у каждого конкретного пациента с течением болезни. W.Cahn и соавт. сообщают, что исходно определяемые нейровизуализационные изменения мало информативны в отношении последующего течения заболевания. В то же время степень редукции серого вещества головного мозга, определяемая при сравнении исходных и последующих изображений головного мозга, значительно коррелирует с клиническим исходом заболевания (8, 9).

Возможность определения терапевтического ответа

Возможно, нейровизуализационные техники могут быть дополнительным инструментом для определения того, у каких пациентов возможен положительный терапевтический ответ, особенно при первом эпизоде болезни. Ранние исследования сообщали о возможной определяющей значимости различных обнаруживаемых структурных изменений, таких как средняя ширина борозд коры головного мозга на КТ снимках (80) или объем серого вещества головного мозга на МРТ снимках (110).

Позднее стали предприниматься попытки возможности предопределения терапевтического ответа путем анализа изменений в различных областях головного мозга, но результаты исследований оказались противоречивы. Клиническое улучшение при использовании клозапина было обнаружено у пациентов с расширенной Сильвиевой бороздой, что

ранее ассоциировалось с плохим терапевтическим ответом при применении традиционных антипсихотиков (53). Также, Р.Е.Кони́ски и соавт. (52) обнаружили, что у пациентов с более выраженным функциональным улучшением отмечено меньшее расширение префронтальной борозды на исходных МРТ снимках в сравнении с пациентами, у которых клиническая симптоматика не претерпела изменений. К тому же они не обнаружили взаимосвязи между терапевтическим ответом на клозапин и общим расширением борозд.

Функциональные нейровизуализационные исследования, особенно те, в которых использовалась позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) для определения рецепторного связывания, являются более полезными, но результаты таких исследований трудно проецировать на конкретного пациента. С помощью таких исследований продемонстрированы взаимосвязь между связыванием D₂-рецепторов, клиническим ответом, развитием побочных эффектов, например, при первом эпизоде шизофрении (48). Возможен подбор соответствующей дозы антипсихотика, так как вероятность клинического ответа, развития гиперпролактинемии и экстрапирамидных побочных эффектов возрастает при превышении определенного уровня связывания D₂-рецепторов. Связывание D₂-рецепторов также позволяет объяснить определенные клинические различия при применении традиционных и атипичных антипсихотиков. ПЭТ может использоваться для определения минимальной терапевтической дозы, которая обеспечивает оптимальное связывание D₂-рецепторов (вместо титрования дозировки в зависимости от клинического ответа и развития побочных эффектов). Однако это сложно применить в психиатрической практике в связи с частой недоступностью оборудования ПЭТ и однофотонно-эмиссионного компьютерного томографа (ОФЭТ), высокой стоимостью исследования и невозможностью проведения данных исследований в острый период болезни. Поэтому данные подходы, в основном, используются в исследовательских целях, например, при определении оптимальной дозировки нового антипсихотика.

Нейроанатомия может помочь предсказать ответ на электросудорожную терапию (ЭСТ). Так, большее соотношение третий желудочек/мозг коррелирует с большим количеством требуемых сеансов ЭСТ для достижения терапевтического эффекта (26).

Выбор препарата и определение дозировок

Нейровизуализационные техники, в частности ПЭТ и ОФЭТ, которые определяют степень связывания рецепторов *in vivo*, усилили научное обоснование применения малых доз антипсихотиков. Эти методы подтвердили ранние сведения, полученные из клинической практики и из экспериментов, проводимых на животных. J.Scherer и соавт. (79) показали, что связывание D₂-рецепторов различается между пациентами, имеющими экстрапирамидную симптоматику, и теми, у которых она отсутствует. Дофаминовые ПЭТ исследования показали, что для достижения антипсихотического эффекта необходимо связывание 65% или более рецепторов, превышение связывания 72% рецепторов приводит к пролактинемии, а более 78% – к развитию экстрапирамидных расстройств (92). J.M.Gold и соавт. (31) продемонстрировали, что нейровизуализационные техники могут помочь предвидеть и другие побочные эффекты, такие как поздние дискинезии. У пациентов с поздней дискинезией отмечено значительно меньшее соотношение размеров желудочки/головной мозг в сравнении с лицами из контрольной группы.

Разные антипсихотические препараты имеют различный аффинитет связывания рецепторов, что может быть продемонстрировано с использованием ПЭТ и ОФЭТ. Это также может позволить клиницисту предвидеть возможность развития определенных побочных эффектов терапии.

Возможность прогнозирования рецидива

Данные нейровизуализационных исследований могут быть информативны в отношении возможности прогнозирования рецидива. Так, например, среди многочисленных факторов, указывающих на возможность рецидива вслед за первым эпизодом шизофрении или шизоаффективного расстройства, указывается объем гиппокампа (76).

Таким образом, использование нейровизуализационных методов в психиатрии может позволить решить ряд проблем в отношении диагностики, прогноза течения, степени прогрессирования и исхода заболевания, использования лекарственной терапии. Возможность исследования лиц, относящихся к группе риска, может помочь оценить риск развития шизофрении и, возможно, таким образом определить нуждающихся в терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ananth H., Popescu I., Critchley H.D. et al. Cortical and subcortical gray matter abnormalities in schizophrenia determined through structural magnetic resonance imaging with optimized volumetric voxel-based morphometry // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159. – P. 1497–1505.
2. Baare W.F, van Oel C.J., Hulshoff Pol H.E. et al. Volumes of brain structures in twins discordant for schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 58. – P. 33–40.
3. Bachmann S., Bottmer C., Pantel J. et al. MRI-morphometric changes in first-episode schizophrenic patients at 14 months follow-up // *Schizophr. Res.* – 2004. – Vol. 67. – P. 301–303.
4. Beiser M., Bean G., Erickson D. et al. Biological and psychosocial predictors of job performance following a first episode of psychosis //

Am. J. Psychiatry. – 1994. – Vol. 151. – P. 857–863.

5. Bilder R.M., Wu H., Bogerts B. et al. Absence of regional hemispheric volume asymmetries in first-episode schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 151. – P. 1437–1447.

6. Bland R.C., Parker J.H., Orn H. Prognosis in schizophrenia. A ten-year follow-up of first admissions // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 33. – P. 949–954.

7. Cahn W., Hulshoff Pol H.E., Bongers M. et al. Brain morphology in antipsychotic-naive schizophrenia: a study of multiple brain structures // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 43. – P. s66–s72.

8. Cahn W., Hulshoff Pol H.E., Lems E.B. et al. Brain volume changes in first episode schizophrenia: a 1-year follow-up study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59. – P. 1002–1010.

9. Cahn W., van Haren N.E., Pol H.E. et al. Progressive brain volume changes in the first year of illness predict five-year outcome of schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2004. – Vol. 67, Suppl. 1. – P. 25.
10. Canon T.D., Mednick S.A., Parnas J. et al. Developmental brain abnormalities in the offspring of schizophrenic mothers. II. Structural brain characteristics of schizophrenia and schizotypal personality disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 51. – P. 955–962.
11. Cannon T.D., van Erp T.G., Huttunen M. et al. Regional gray matter, white matter, and cerebrospinal fluid distributions in schizophrenic patients, their siblings, and controls // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 55. – P. 1084–1091.
12. Cannon T.D., Thompson P.M., van Erp T.G. et al. Cortex mapping reveals regionally specific patterns of genetic and disease-specific gray matter deficits in twins discordant for schizophrenia: reduced inter-hemispheric connectivity // *Neuroimage.* – 2004. – Vol. 21. – P. 27–35.
13. Chua S.E., Lam I.W., Tai K.S. et al. Brain morphological abnormality in schizophrenia is independent of country of origin // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2003. – Vol. 108. – P. 269–275.
14. Davidson L., McGlashan T.H. The varied outcomes of schizophrenia // *Can. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 42. – P. 34–43.
15. Davis K.L., Buchsbaum M.S., Shihabuddin L. et al. Ventricular enlargement in poor-outcome schizophrenia // *Biol. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 43. – P. 783–793.
16. Deister A., Marneros A. Prognostic value of initial subtype in schizophrenic disorders // *Schizophr. Res.* – 1994. – Vol. 12. – P. 145–157.
17. Degreef G., Ashtari M., Wu H.M. et al. Follow-up MRI study in first episode schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 1991. – Vol. 5. – P. 204–206.
18. Degreef G., Ashtari M., Bogerts B. et al. Volumes of ventricular system subdivisions measured from magnetic resonance images in first-episode schizophrenic patients // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 49. – P. 531–537.
19. DeLisi L.E., Hoff A.L., Schwartz J.E. et al. Brain morphology in first-episode schizophrenic-like psychotic patients: a quantitative magnetic resonance imaging study // *Biol. Psychiatry.* – 1991. – Vol. 29. – P. 159–175.
20. DeLisi L.E., Stritzke P., Riordan H. et al. The timing of brain morphological changes in schizophrenia and their relationship to clinical outcome // *Biol. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 31. – P. 241–254.
21. DeLisi L.E., Tew W., Xie S.H. et al. A prospective follow-up study of brain morphology and cognition in 1st episode schizophrenic patients // *Biol. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 38. – P. 349–360.
22. DeLisi L.E., Sakuma M., Tew W. et al. Schizophrenia as a chronic active brain process: a study of progressive brain structural change subsequent to the onset of schizophrenia // *Psychiatry Res.* – 1997. – Vol. 74. – P. 129–140.
23. DeLisi L.E., Sakuma M., Ge S. et al. Association of brain structural change with the heterogeneous course of schizophrenia from early childhood through five years subsequent to a first hospitalization // *Psychiatry Res.* – 1998. – Vol. 84. – P. 75–88.
24. DeLisi L.E., Sakuma M., Maurizio A.M. et al. Cerebral ventricular change over the first 10 years after the onset of schizophrenia // *Psychiatry Res.* – 2004. – Vol. 130. – P. 57–70.
25. DeQuardo J.R., Carpenter C.F., Tandon R. Patterns of substance abuse in schizophrenia: nature and significance // *J. Psychiatr. Res.* – 1994. – Vol. 28. – P. 267–275.
26. DeQuardo J.R., Tomori O., Brunberg J.A. et al. Does neuroanatomy predict ECT response? // *Progress in Neuropsychopharm. and Biol. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 21. – P. 1339–1352.
27. Engelhardt D.M., Rosen B., Feldman J. et al. A 15-year follow-up of 646 schizophrenic outpatients // *Schizophr. Bull.* – 1982. – Vol. 8. – P. 493–503.
28. Fannon D., Chitnis X., Doku V. et al. Features of structural brain abnormality detected in first episode psychosis // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 17, N 11. – P. 1829–1834.
29. Fenton W.S., McGlashan T.H. Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 151. – P. 351–356.
30. Galderisi S., Vita A., Rossi A. et al. Qualitative MRI findings in patients with schizophrenia: a controlled study // *Psychiatry Res.* – 2000. – Vol. 98. – P. 117–126.
31. Gold J.M., Egan M.F., Kirch D.G. et al. Tardive dyskinesia: neuropsychological, computerized tomographic, and psychiatric symptom findings // *Biol. Psychiatry.* – 1991. – Vol. 30. – P. 587–599.
32. Gottesman I.I. *Schizophrenia Genesis – The Origins of Madness.* – New York: W.H. Freeman and Company, 1991.
33. Gur R.E., Cowell P., Turetsky B.I. et al. A follow-up magnetic resonance imaging study of schizophrenia. Relationship of neuroanatomical changes to clinical and neurobehavioral measures // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 55. – P. 145–152.
34. Harrison P.J. The neuropathology of schizophrenia. A critical review of the data and their interpretation // *Brain.* – 1999. – Vol. 122. – P. 593–624.
35. Haug J.O. Pneumoencephalographic studies in mental disease // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1962. – Vol. 38, Suppl. 165. – P. 1–104.
36. Hietala J., Cannon T.D., van Erp T.G. et al. Regional brain morphology and duration of illness in never-medicated first-episode patients with schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 64. – P. 79–81.
37. Hirayasu Y., Tanaka S., Shenton M.E. Prefrontal gray matter volume reduction in first episode schizophrenia // *Cereb. Cortex.* – 2001. – Vol. 11. – P. 374–381.
38. Ho B.C., Andreasen N.C., Nopoulos P. et al. Progressive structural brain abnormalities and their relationship to clinical outcome: a longitudinal magnetic resonance imaging study early in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 585–594.
39. Hoffman W.F., Ballard L., Turner E.H. et al. Three-year follow-up of older schizophrenics: extrapyramidal syndromes, psychiatric symptoms, and ventricular brain ratio // *Biol. Psychiatry.* – 1991. – Vol. 30. – P. 913–926.
40. Hulshoff Pol H.E., Schnack H.G., Bertens M.G. et al. Volume changes in gray matter in patients with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159. – P. 244–250.
41. Hulshoff Pol H.E., Schnack H.G., Mandl R.C. et al. Focal gray matter density changes in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 58. – P. 1118–1125.
42. Hulshoff Pol H.E., Brans R.G., van Haren N.E. et al. Gray and white matter volume abnormalities in monozygotic and same-gender dizygotic twins discordant for schizophrenia // *Biol. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 55. – P. 126–130.
43. Illowsky B.P., Juliano D.M., Weinberger D.R. Stability of CT scan findings in schizophrenia: results of an 8-year follow-up study // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 51. – P. 209–213.
44. Ingraham L.J., Ketty S.S. Adoption studies of schizophrenia // *Am. J. Med. Genet.* – 2000. – Vol. 97. – P. 18–22.
45. Jaskiw G.E., Juliano D.M., Goldberg T.E. Cerebral ventricular enlargement in schizophreniform disorder does not progress: a seven year follow-up study // *Schizophr. Res.* – 1994. – Vol. 14. – P. 23–28.
46. Johnstone E.C., Crow T.J., Frith C.D. et al. Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia // *Lancet.* – 1976. – Vol. 2. – P. 924–926.
47. Joyal C.C., Laakso M.P., Tiihonen J. et al. The amygdala and schizophrenia: a volumetric magnetic resonance imaging study in first-episode, neuroleptic naive patients // *Biol. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 54. – P. 1302–1304.
48. Kapur S., Zipursky R., Jones C. et al. Relationship between dopamine D(2) occupancy, clinical response, and side-effects: a double-blind PET study of first-episode schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157. – P. 514–520.
49. Kasai K., Shenton M.E., Salisbury D.F. et al. Progressive decrease of left Heschl gyrus and planum temporale gray matter volume in first-episode schizophrenia: a longitudinal magnetic resonance imaging study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 766–775.
50. Kemali D., Maj M., Galderisi S. et al. Ventricle-to-brain ratio in schizophrenia: a controlled follow-up study // *Biol. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 26. – P. 756–759.
51. Kendler K.S., Diehl S.R. The genetics of schizophrenia: a current, genetic-epidemiologic perspective // *Schizophr. Bull.* – 1993. – Vol. 19. – P. 261–285.
52. Konicki P.E., Kwon K.Y., Steele V. et al. Prefrontal cortical sulcal widening associated with poor treatment response to clozapine // *Schizophr. Res.* – 2001. – Vol. 48. – P. 173–176.
53. Lauriello J., Mathalon D.H., Rosenbloom M. et al. Association between regional brain volumes and clozapine response in schizophrenia // *Biol. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 43. – P. 879–886.
54. Lawrie S.M., Abukmeil S.S. Brain abnormalities in schizophrenia: a systematic and quantitative review of volumetric magnetic resonance imaging studies // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172. – P. 110–120.
55. Lewis S.W. Computerized tomography in schizophrenia 15 years on // *Br. J. Psychiatry.* – 1990. – Suppl. – P. 16–24.
56. Lieberman J., Jody D., Geisler S. et al. Time course and biologic correlates of treatment response in first episode schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 50. – P. 369–376.
57. Lieberman J., Chakos M., Wu H. et al. Longitudinal study of brain morphology in first episode schizophrenia // *Biol. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 49. – P. 487–499.
58. Lim K.O., Harris D., Beal M. et al. Gray matter deficits in young onset schizophrenia are independent of age of onset // *Biol. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 40. – P. 4–13.
59. Martinez-Arevalo M.J., Calcedo-Ordóñez A., Varo-Prieto J.R. Cannabis consumption as a genetic factor in schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 164. – P. 679–681.

60. Mathalon D.H., Sullivan E.V., Lim K.O. et al. Progressive brain volume changes and the clinical course of schizophrenia in men: a longitudinal magnetic resonance imaging study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 58. – P. 148–157.
61. Matsumoto H., Simmons A., Williams S. et al. Structural magnetic imaging of the hippocampus in early onset schizophrenia // *Biol. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 49. – P. 824–831.
62. Mayerhoff D.L., Loebel A.D., Alvir J.M. et al. The deficit state in first episode schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 151. – P. 1417–1422.
63. McCarley R.W., Salisbury D.F., Hirayasu Y. et al. Association between smaller left posterior superior temporal gyrus volume on magnetic resonance imaging and smaller left temporal P300 amplitude in first-episode schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59. – P. 321–331.
64. Molina V., Sanz J., Sarramea F. et al. Lower prefrontal gray matter volume in schizophrenia in chronic but not in first episode schizophrenia patients // *Psychiatry Res.* – 2004. – Vol. 131. – P. 45–56.
65. Nasrallah H.A., Olson S.C., McCalley-Whitters M. et al. Cerebral ventricular enlargement in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 43. – P. 157–159.
66. Nelson M.D., Saykin A.J., Flashman L.A. et al. Hippocampal volume reduction in schizophrenia as assessed by magnetic resonance imaging: a meta-analytic study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 55. – P. 433–440.
67. Noga J.T., Bartley A.J., Jones D.W. et al. Cortical gray anatomy and gross brain dimensions in monozygotic twins discordant for schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 1996. – Vol. 22. – P. 27–40.
68. Nopoulos P., Torres I., Flaum M. et al. Brain morphology in first-episode schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 152. – P. 1721–1723.
69. Ohnuma T., Kimura M., Takahashi T. A magnetic resonance imaging study in first-episode disorganized-type patients with schizophrenia // *Psychiatry Clin. Neurosci.* – 1997. – Vol. 51. – P. 9–15.
70. Puri B.K., Hutton S.B., Saeed N. et al. A serial longitudinal quantitative MRI study of cerebral changes in first-episode schizophrenia using image segmentation and subvoxel registration // *Psychiatry Res.* – 2001. – Vol. 106. – P. 141–150.
71. Raz S., Raz N. Structural brain abnormalities in the major psychoses: a quantitative review of the evidence from the computerized imaging // *Psychol. Bull.* – 1990. – Vol. 108. – P. 93–108.
72. Razi K., Greene K.P., Sakuma M. et al. Reduction of the parahippocampal gyrus and the hippocampus in patients with chronic schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174. – P. 512–519.
73. Renschmidt H.E., Schulz E., Martin M. et al. Childhood-onset schizophrenia: history of the concept and recent studies // *Schizophr. Bull.* – 1994. – Vol. 20. – P. 727–745.
74. Reveley A.M., Reveley M.A., Clifford C.A., Murray R.M. Cerebral ventricular size in twins discordant for schizophrenia // *Lancet.* – 1982. – Vol. 1. – P. 540–541.
75. Robinson D.G., Woerner M.G., Alvir J.M. et al. Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 156. – P. 544–549.
76. Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M. et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 56. – P. 241–247.
77. Rossi A., Bustini M., Prosperini P. et al. Neuromorphological abnormalities in schizophrenic patients with good and poor outcome // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 101. – P. 161–166.
78. Salokangas R.K., Cannon T., Van Erp T. et al. Structural magnetic resonance imaging in patients with first-episode schizophrenia, psychotic and severe non-psychotic depression and healthy controls. Results of the schizophrenia and affective psychoses (SAP) project // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 43. – P. s58–s65.
79. Scherer J., Tatsch K., Schwarz J. et al. D2-dopamine receptor occupancy differs between patients with and without extrapyramidal side-effects // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – Vol. 90. – P. 266–268.
80. Schroder J., Geider F.J., Sauer H. Can computerized tomography be used to predict early treatment response in schizophrenia? // *Br. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 163, Suppl. 21. – P. 13–15.
81. Sharma T., Lancaster E., Lee D. et al. Brain changes in schizophrenia. Volumetric MRI study of families multiply affected with schizophrenia – the Maudsley Family Study 5 // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 173. – P. 132–138.
82. Silverman J.M., Smith C.J., Guo S.L. et al. Lateral ventricular enlargement in schizophrenic probands and their siblings with schizophrenia-related disorders // *Biol. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 176. – P. 132–138.
83. Smith G.N., Lang D.J., Kopala L.C. et al. Developmental abnormalities of the hippocampus in first-episode schizophrenia // *Biol. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 53. – P. 555–561.
84. Sigmundsson T., Suckling J., Maier M. et al. Structural abnormalities in frontal, temporal, and limbic regions and interconnecting white matter tracts in schizophrenic patients with prominent negative symptoms // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 234–243.
85. Spalletta G., Tomaiuolo F., Marino V. et al. Chronic schizophrenia as a brain misconnection syndrome: a white matter voxel-based morphometry study // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 64. – P. 15–23.
86. Sponheim S.R., Iacono W.G., Beiser M. Stability of ventricular size after the onset of psychosis in schizophrenia // *Psychiatry Res. Neuroimaging.* – 1991. – Vol. 40. – P. 21–29.
87. Staal W.G., Hulshoff Pol H.E., Schnack H. et al. Partial volume decrease of the thalamus in relatives of patients with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 155. – P. 1784–1786.
88. Staal W.G., Hulshoff Pol H.E., Kahn R.S. Outcome of schizophrenia in relation to brain abnormalities // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 337–348.
89. Strauss J.S., Carpenter W.T. The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1972. – Vol. 27. – P. 739–746.
90. Suddath R.L., Christison G.W., Torrey E.F. et al. Anatomical abnormalities in the brains of monozygotic twins discordant for schizophrenia // *N. Engl. J. Med.* – 1990. – Vol. 322. – P. 789–794.
91. Sumich A., Chitnis X.A., Fannon D.G. et al. Temporal lobe abnormalities in first-episode psychosis // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159. – P. 1232–1235.
92. Tauscher J., Kapur S. Choosing the right dose of antipsychotics in schizophrenia: lessons from neuroimaging studies // *CNS Drugs.* – 2001. – Vol. 15. – P. 671–678.
93. Thompson P.M., Vidal C., Giedd J.N. et al. Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* – 2001. – Vol. 98. – P. 11650–11655.
94. Tsuang M.T., Woolson R.F., Fleming J.A. Long-term outcome of major psychoses. I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1979. – Vol. 36. – P. 1295–1301.
95. Van Horn J.D., McManus I.C. Ventricular enlargement in schizophrenia. A meta-analysis of studies of the ventricle:brain ratio (VBR) // *Br. J. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 160. – P. 687–697.
96. Van Os J., Fahy T.A., Jones P. et al. Increased intracerebral cerebrospinal fluid spaces predict unemployment and negative symptoms in psychotic illness. A prospective study // *Br. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 166. – P. 750–758.
97. Velakoulis D., Pantelis C., McGorry P.D. et al. Hippocampal volume in first episode psychoses and chronic schizophrenia: a high-resolution magnetic resonance imaging study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 56. – P. 133–141.
98. Vita A., Giobbio G.M., Dieci M. et al. Stability of cerebral ventricular size from the appearance of first psychotic symptoms to the later diagnosis of schizophrenia // *Biol. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 35. – P. 660–669.
99. Vita A., De Peri L., Silenzi C., Dieci M. Brain morphology in first-episode schizophrenia: A meta-analysis of quantitative magnetic resonance imaging studies // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 82. – P. 75–88.
100. Ward K.E., Friedman L., Wise A. et al. Meta-analysis of brain and cranial size in schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 1996. – Vol. 22. – P. 197–213.
101. Wassink T.H., Andreasen N.C., Nopoulos P. et al. Cerebral morphology as a predictor of symptom and psychosocial outcome in schizophrenia // *Biol. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 45. – P. 41–48.
102. Weinberger D.R., DeLisi L.E., Neophytides A.N. et al. Familial aspects of CT scan abnormalities in chronic schizophrenic patients // *Psychiatry Res.* – 1981. – Vol. 4. – P. 65–71.
103. Weinberger D.R. Computed tomography (CT) findings in schizophrenia: speculation on the meaning of it all // *J. Psychiatr. Res.* – 1984. – Vol. 18. – P. 477–490.
104. Wilke M., Kaufmann C., Grabner A. et al. Gray matter-changes and correlates of disease severity in schizophrenia: a statistical parametric mapping study // *Neuroimage.* – 2001. – Vol. 13. – P. 814–824.
105. Woodruff P.W., McManus I.C., David A.S. Meta-analysis of corpus callosum size in schizophrenia // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 58. – P. 457–461.
106. Wood S.J., Velakoulis D., Smith D.J. et al. A longitudinal study of hippocampal volume in first episode psychosis and chronic schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2001. – Vol. 52. – P. 37–46.
107. Wright I.C., Rabe-Hesketh S., Woodruff P.W. et al. Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157. – P. 16–25.
108. Wright I.C., Ellison Z.R., Sharma T. Mapping of grey matter changes in schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 1999. – Vol. 35. – P. 1–14.
109. Zipursky R.B., Zhang-Wong J., Lambe E.K. et al. MRI correlates of treatment response in first episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 1997. – Vol. 30. – P. 81–90.
110. Zipursky R.B., Lambe E.K., Kapur S. et al. Cerebral gray matter volume deficits in first episode psychosis // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 55. – P. 540–546.

ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА У СУПРУГОВ

Л. К. Шайдукова

Казанский государственный медицинский университет

На протяжении последних четырех десятилетий на страницах научной литературы обсуждается тема алкоголизма в семье. Интерес к проблеме алкоголизма и супружества не случаен – он обусловлен пониманием роли супружеского партнера в формировании и прогнозе алкоголизма у обследованных пробандов, расширением возможности семейной психотерапии (19, 63).

Аномальная семья, патологические формы взаимодействия супругов являются источниками психотравм, нередко сопровождающихся алкоголизацией, поэтому авторы одинаково внимательно изучали все три типа семьи: алкоголизмом страдает муж, злоупотребляет алкоголем жена, оба супруга являются больными алкоголизмом.

При исследовании проблематики женского алкоголизма важным является изучение не только двух последних вариантов «алкогольных семей», в которых наличие алкоголизма у женщин доказано, но и первого варианта семьи. Выяснение обстоятельств начала злоупотребления алкоголем женщинами показало, что средняя продолжительность злоупотребления составляла 5,9 года, а продолжительность замужества – 13,8 года (27), то есть начало заболевания возникало в период супружества.

В научной печати нередко применялись термины «семейный алкоголизм», «алкогольная семья», «супружеский алкоголизм».

«Семейный алкоголизм» – наличие алкоголизма у родителей и детей, переход «родительских» форм употребления алкоголя к детям, что обусловлено не только наследственно-биологическими факторами, но и средовыми – семейными (65, 67, 68, 72).

«Алкогольная семья» – наличие алкоголизма у одного из супругов, возникновение у другого супруга психологической «созависимости»; алкогольные проблемы становятся стержневыми и определяют поведение и деятельность всей семьи (6, 8, 11).

«Супружеский алкоголизм» – частный вариант «алкогольной семьи», когда алкоголизмом страдают оба супруга; возникновение психобиологической «созависимости» определяет переход от индивидуально-личностной адаптации в парно-групповую.

Обсуждение первого варианта семей (алкоголизмом страдает супруг) велось в направлении выде-

ления особенностей личности супруги больного, определения специфических черт «жен алкоголиков». При формировании «алкогольной семьи» важное значение имеет процесс выбора женщинами супруга – будущего «алкоголика». По представлению авторов нескольких гипотез выбор супруга осуществлялся в соответствии с личностными особенностями самих женщин.

В «Гипотезе Доминирующей Личности» первое место отводится стремлению женщин к лидерству, доминирующему поведению, которое она может реализовать через пассивного, зависимого «мужа-алкоголика». Для сохранения лидирующих позиций в семье женщина, согласно этой гипотезе, подсознательно закрепляет пороки у мужа (23, 69).

В «Гипотезе Декомпенсаций» предполагалось, что при попытке мужа, злоупотребляющего алкоголем, прекратить пьянство, у жены наступает личностная декомпенсация, поэтому она саботирует решение супруга прекратить пьянство (49).

В «Гипотезе Нарушенной Личности» (28) высказывается предположение, что в основе таких браков лежит психологическая несостоятельность самой женщины, которая выбирает супружеского партнера с аналогичными ущербными личностными характеристиками. Согласно этой гипотезе женщина – будущая «жена алкоголика» – является неадекватной, зависимой личностью, ищущей в браке возможность реализации неосознаваемых потребностей. В этих представлениях основной акцент делался на процессе выбора супруга, основанного на индивидуально-личностных проблемах женщины. Не учитывался личный про- или противоалкогольный опыт, полученный в родительской семье, а также их участие в системе парного взаимодействия «муж-алкоголик – жена».

«Системные Гипотезы», которые развивались P.Steinglass с коллегами (62–64) предполагали, что семейные процессы взаимосвязаны – супружеская пара отвечает на пьянство в форме, адекватной для семьи. Согласно этим гипотезам, доминирующее поведение жен больных алкоголизмом не является их имманентным состоянием, а лишь следствием попыток преодоления семейного кризиса, проявлением механизмов «борьбы». С этих позиций игно-

рирование женой попыток изменения алкогольной ситуации в семье расценивается не как акт женского самоутверждения, а как проявление понимания ею независимости и неподчинения мужа, выражение страха перед переменами, стремление вернуть стабильность (54). Это подтверждается рядом работ, в которых обследовались супружеские пары в период абстиненции (воздержания) и острой алкогольной интоксикации у мужей (62). Попытка анализа взаимоотношений супругов в эти периоды косвенно доказывала положение о том, что пьянство стабилизирует ситуацию в семье, высвобождая агрессию и перераспределяя доминирование.

В работе S.L.Gorad (34) описаны отношения между супругами в «алкогольных» и «неалкогольных» парах. Эти исследования показали, что в «алкогольных» парах отношения были более конкурентными, шла постоянная борьба за первенство в семье, а способность кооперирования ради общих целей была снижена.

«Гипотеза Супружеского Взаимодействия» (42, 56) также относится к системным гипотезам. Согласно ей, пьянство одного из членов семьи устойчиво из-за искажений во взаимоотношениях супругов, которые поддерживают это пьянство. Это положение ранее нашло экспериментальное подтверждение в исследованиях M.Hersen с соавт. (38) – изучению подвергались супружеские пары, в которых муж страдал алкоголизмом. С помощью видеотайпов оценивались все вербальные и невербальные взаимоотношения в семье, изучался сам процесс обсуждения внутрисемейных проблем. Установлено, что жены обращали большее внимание на мужей только при обсуждении алкогольных проблем, оставаясь равнодушными к ним все остальное время. Это в какой-то степени подтверждало предположение о том, что подобное «внимание» подсознательно поддерживает пьянство супруга.

В «Гипотезе Гомеостатического Равновесия» предполагается, что нередкое саботирование женой попыток к трезвости, предпринимаемых мужем алкоголиком, связано с ее стремлением к стабильности – «гомеостатическому равновесию». Борьба с заболеванием супруга, удачи и провалы, надежды и разочарования являются дестабилизирующими факторами, пагубно действующими как на семейно-межличностную, так и на индивидуально-личностную системы.

Работы, косвенно подтверждающие эту гипотезу, представляют особую ценность, так как в них имеются данные наблюдения супружеских взаимоотношений в семьях, дискуссионных группах, лабораториях семейного взаимодействия на протяжении длительного времени. Было обнаружено, что в алкогольных семьях адаптация ухудшалась в «сухие» периоды злоупотребления алкоголем мужьями. Описывая колебания уровня адаптации и объясняя их с точки зрения теории «гомеостатического равновесия», авторы подчеркивали, что адаптация в таких семьях являлась по своей сути патологической.

Другое направление в исследовании «жен алкоголиков» касалось выявления у них психических расстройств как результата действия постоянного стресса в условиях проживания с больными алкоголизмом. При рассмотрении семьи, в которой муж страдает алкоголизмом, необходимо учитывать тот факт, что заболевание одного из супругов оказывает влияние на семью в целом. Семья больного алкоголизмом является системой с взаимосвязанными и взаимодействующими компонентами, причем влиянию подвергаются и сам больной, и его семья (8, 18).

При исследовании алкогольных семей предполагалось, что должна существовать связь между пьянством мужей и уровнем психопатологической симптоматики у их жен: чем больше мужья злоупотребляют алкоголем, тем больший стресс должна испытывать жена, однако многие исследователи не обнаружили подобной связи (28, 63). Появлению пограничных нервно-психических расстройств у жен больных алкоголизмом препятствует новое адаптивное поведение в виде реакций дистанцированности, атакующего поведения, защиты мужа, корпоративного поведения, активизации деятельности вне семьи, отрицания проблем (54). Если реакции дистанцированности, защиты мужа, отрицания проблем являются типичным примером психологической защиты «жен алкоголиков» с целью снизить интенсивность и пагубное влияние фрустраций, то активное поведение женщины в борьбе с препятствием относится, скорее, к так называемому «копинговому поведению».

Понятие «копинг» – преодоление стресса – на протяжении двух десятилетий многократно подвергалось концептуальному уточнению (30, 37, 50). Авторы при обсуждении теории стресса фокусировались на процессах его преодоления, овладения угрожающей новой ситуацией, видя в этом кардинальное различие между «копингом» и интрапсихической защитой (53, 61, 66).

«Копинг-концепция» в своей интегративной форме объединяет процессы преодоления стресса путем изменения или ликвидации проблемы, уменьшения ее интенсивности различными путями, отвлечения на что-либо или использования различных других способов преодоления. Однако авторы отмечают, что в ряде случаев достаточно сложно провести грань между «психологической защитой» и «копингами» («копинговым поведением»), так как эти явления одного порядка.

В большинстве случаев отмечается симбиоз между пассивной психологической защитой и активной борьбой с фрустрациями, как это видно из известной схемы J.K.Jackson (41), в которой автор приводит семь стадий преодолеваемых «алкогольной семьей»: 1) попытки отрицать проблему (супруга при обнаружении проблемы в своей семье испытывает неудобства, напряжение, однако старается приуменьшить размеры проблемы, скрыть это от окружающих); 2) попытки устранить проблему

(супружеская пара изолируется, супруга пытается решить проблему самостоятельно); 3) дезорганизация в семье (супруга понимает, что не в состоянии проконтролировать употребление алкоголя, в семье возникает хаос, дезорганизация семейных отношений, в которые включаются и дети); 4) усилия по реорганизации семьи (после определенного кризиса, связанного с употреблением алкоголя мужем, супруга полностью берет контроль на себя); 5) уход от проблемы (после неудачного решения проблемы супруга отделяется от мужа); 6) реорганизация части семьи (супруга и дети создают «микросемью» внутри семьи или вне бывшей семьи, однако чувство вины перед брошенным мужем может мотивировать их дальнейшие действия); 7) восстановление и реорганизация всей семьи (супруг прекращает злоупотребление алкоголем, супруга должна перестроиться к новому, трезвому образу жизни, происходит перераспределение ролей).

Трудноразрешимые конфликты в семьях, в которых супруг болен алкоголизмом, психологическая привязанность к алкогольным проблемам их жен порождает своеобразное поведение, характеризующееся зависимостью от заболевания обоих супругов, обозначенное как «codependense» – «созависимость» (20, 32, 48).

Несмотря на участие механизмов психологической защиты у женщин, проживающих с больным алкоголизмом, при определенных условиях возможно их истощение с возникновением срыва в защитно-компенсаторной системе с появлением «невротизов жен алкоголиков» (15–17), а также других пограничных нервно-психических расстройств. Так, В.Д.Москаленко, А.А.Гуныко (10) обнаружили у жен больных алкоголизмом, проживающих вместе с мужьями, в 23% – невротиз, в 24,7% – невротическое развитие, в 27% – психопатии, в 15% – реактивные депрессии.

Зарубежные авторы находят, что в заключительной стадии семейного реагирования, при безуспешном прохождении всех предварительных стадий борьбы с алкоголизмом супругов, у женщин могут возникнуть психосоматические расстройства и вторичная алкоголизация с возможным переходом в алкоголизм при недостаточно развитой системе биологической защиты.

Итак, итог большинства обзоров и исследований таков – не существует единого класса «жен алкоголиков» с общими чертами характера, однако имеются определенные закономерности формирования нового адаптивного поведения в условиях проживания с больными мужьями. Невротизация, психопатизация, психосоматизация и алкоголизация жен больных алкоголизмом мужчин во многих случаях являются вторичными, связанными с отсутствием гибкости семейной системы вообще и истощением или искажением индивидуальных защитных психологических механизмов в частности.

Зарубежные исследователи в последние годы изучают проблему борьбы с патологической адап-

тацией в семьях больных алкоголизмом, пути преодоления личностных и семейных кризисов (35). Авторами изучались факторы, препятствующие развитию отклонений у жен больных алкоголизмом. Было выявлено, что в семьях, в которых жены работали и были заинтересованы в своей карьере, не отмечалось столь выраженных семейных деформаций, внутрисемейных конфликтов и нервно-психических расстройств (25).

В научной литературе довольно подробно исследован невротический тип поведения «жен алкоголиков», однако вариант вторичной алкоголизации этого контингента женщин изучен недостаточно. В начале употребления алкоголя женщинами большая роль отводится злоупотребляющим спиртными напитками мужьям. А.Г.Наку, Е.К.Бошняга (12) отмечают, что в трети случаев алкоголизма у женщин причиной его формирования становятся больные мужья, которые либо создают своим поведением психотравмирующую ситуацию, либо непосредственно склоняют жен к употреблению алкоголя. В.Р.Кудлаев, Г.К.Короткова (6) пишут, что у 150 женщин, в настоящее время больных алкоголизмом, в 80% случаев причиной алкоголизации являлись их мужья. В работе R.Gustafson (36) показано, что на определенном этапе алкоголь является средством, улучшающим адаптацию супругов. В.В.Анучин с соавт. (1), обследовав 170 женщин, из которых 146 страдали алкоголизмом, а остальные – бытовым пьянством, обнаружили, что среди больных старшего возраста в 37% случаев причиной систематической алкоголизации было злоупотребление алкоголем мужьями. Формирование алкоголизма у женщин в период супружества (исходя из весьма скупого изложения в научной печати) является, вероятно, одной из наименее изученных проблем.

Обсуждение второго варианта семей (страдает алкоголизмом жена) велось в направлении выявления особенностей их супругов, обнаружения у них психических отклонений. Исследования «мужей женщин-алкоголиков» проводились за рубежом с середины 50-х до конца 70-х годов и в настоящее время ограничены вследствие своей исчерпанности (также как изучение «жен алкоголиков»). Информация о мужьях женщин, злоупотребляющих алкоголем, была получена из докладов, клинических наблюдений, неспецифических источников, и имела конфликтные характеристики. Так, например, некоторые авторы (29, 52) указывали на то, что эти мужчины характеризовались доминирующим поведением, другие утверждали обратное – супруги этих женщин обладали пассивными чертами характера (24). Иные данные, касающиеся мужей женщин, больных алкоголизмом, указывали на них как эмоционально недоступных, замкнутых (73). Исследования в условиях госпиталя с помощью трех шкал – «отчуждения», «дискомфорта» и «беззащитности» – показали обратное: высокое значение по шкале «беззащитности» и низкое значение по шкале «аутизма» (55).

Любопытна типология R.Fox (31), согласно которой мужей женщин-алкоголиков делят на пять категорий: 1) муж-мученик, потворствующий алкоголизации; 2) самоуверенный муж, не прощающий жене ее алкогольных привычек; 3) муж-садист, наказывающий жену; 4) зависимый муж, отчаявшийся вернуть прежнюю «трезвую» жену и поэтому зависимый комплексом вины перед ней; 5) «нормальный» муж, женившийся на злоупотребляющей алкоголем женщине после душевного надлома.

Изучение нервно-психических расстройств среди супругов больных женщин обнаружило в 50% случаев наличие алкоголизма, в 14% – психических заболеваний, в 10% – тяжелых соматических расстройств (26). Немногочисленные отечественные исследования (3) подтверждают наличие нервно-психических расстройств у мужей «женщин-алкоголиков». Это неврозы, невротические развития, психопатии, однако авторы склонны рассматривать эти расстройства как следствие психотравмирующего воздействия. Авторы полагают, что независимо от характера патологической «почвы» у этих мужчин возникают психопатологические проявления в условиях проживания с больными женами (58).

Исследователи отмечают, что женщины, страдающие алкоголизмом, испытывают больше затруднений в семейной жизни, чем «мужчины-алкоголики», так как их мужья менее терпимы к проявлениям заболевания у них (21, 22). Авторы подчеркивают, что «жены алкоголиков» часто являются положительной силой для преодоления алкоголизма мужьями, в то время как мужья «женщин-алкоголиков» – плохая им поддержка. И если мужчины не являются психически больными, соматически беспомощными или также больными алкоголизмом, то разрыв происходит по их инициативе в десять раз чаще, чем в семьях, в которых алкоголизмом страдают мужчины (5).

Третий вариант семей (страдают алкоголизмом оба супруга) является, вероятно, наименее изученным. Особое место занимают работы по исследованию ассортативности «алкогольных браков». Этот термин имеет двойной смысл: с одной стороны, это накопление алкоголизма у ближайших родственников пробандов, с другой стороны, это создание брачного союза между мужчиной и женщиной – будущими больными алкоголизмом.

Выбор супругов субъектами с конституциональной предрасположенностью к психическим заболеваниям изучался N.Kreitman (1962), следуя известным «теориям выбора». Результаты исследований не подтверждали однозначность этих теорий и изучение совместимости партнеров в традиционном виде стало редким явлением. Новый интерес к проблеме возник в связи с практическими нуждами проведения семейной психотерапии в «невротических», «алкогольных» и других семьях (7, 13). Исследования велись в двух направлениях: первое – изучение «подобия контраста» свойств партнеров как условия совместимости, второе – изучение се-

мьи как гомеостатической системы, уравновешенность структур которой определяется совместимостью субъектов. В этих и других работах было показано, что наследственно обусловленные свойства обнаруживают тенденции к контрастности у совместимых индивидуумов. Те же человеческие качества, которые определяются воспитанием, влиянием социокультуральной среды (установки, ценностные ориентиры, интересы), чаще всего подобны.

В одной из популярных гипотез возникновения алкогольных браков в результате выбора «мужа-алкоголика» женщиной из алкогольной семьи учитывается фактор участия женщины в системе родительских отношений, влияния микросоциума на ценностные ориентиры индивидов. Авторы предполагали, что выбор мужей этими женщинами осуществлялся в соответствии с большей симпатией к своим отцам, более глубокой идентификации с ними. Основное сходство отца и супруга в наличии алкогольных привычек являлось подсознательным признаком выбора супруга женщиной (33, 47). Женщины, страдающие алкоголизмом, описывали своих матерей как холодных, доминирующих, а своих отцов, больных алкоголизмом, как эмоционально теплых, чувствительных (39, 60). Затруднительно разделение самостоятельного заболевания у женщин и выбора супругов в соответствии с уже имеющейся алкогольной платформой, с развитием заболевания под воздействием «мужа-алкоголика». Вероятно, считают исследователи, оба процесса имеют место (40).

По данным различных авторов процентное соотношение различных пар, страдающих алкоголизмом, составляет от 25 до 40% (70). Некоторые исследователи находят, что ассортативность браков среди «мужчин-алкоголиков» в пять раз ниже, чем среди женщин (45), другие исследователи не обнаруживают подобной связи (43). R.W.Wilsnack (71) указал, что среди женщин, мужья которых злоупотребляли алкоголем, «сильно пьющие» составляли 22%, в то же время к этой категории относились лишь 4% женщин, чьи мужья не злоупотребляли спиртными напитками. C.Sandahl с соавт. (59) выявили от 3 до 17% «жен-алкоголиков» и от 22 до 55% мужей, больных алкоголизмом.

Расхождение во взглядах вызвано, прежде всего, методологическими различиями. Практически во всех исследованиях объектом являлись женщины, больные алкоголизмом; авторы четко выявляли наличие алкоголизма у пробанда, однако критерий оценки заболевания у супругов был неоднородным. Так, одни авторы определяли алкоголизм у супругов, если они употребляли алкоголь более двух раз в неделю, другие – если пьянство приносило психологический дискомфорт не менее пяти лет, третьи определяли пьянство у супруга при нарушении здоровья, семейных отношений, попрания закона и т.д. Иные исследователи довольно точно указывали на алкоголизм у супругов обследованных женщин, но постановка диагноза у самих женщин вы-

звала сомнения, так как последние употребляли алкоголь в психогенных ситуациях развода с мужьями-алкоголиками (51).

Велик процентный разброс и в отношении ассортативности алкогольных браков среди женщин, злоупотребляющих алкоголем. По данным отечественных исследователей: 44,1% (14); 62,7% (2); 70% (9); 75% (5). По данным зарубежных исследователей: 10% (77); 20% (57); 35% (46); 50% (26); 70% (58). Более высокое процентное соотношение супружеского алкоголизма, представленное в работах отечественных исследователей, объясняется, вероятно, этно-культуральными традициями семейно-коллективных форм употребления алкоголя в ряде регионов.

Исследования по проблемам супружеского алкоголизма указывают, что злоупотребляющие алкоголем супруги выходят из так называемых «деструктурированных семей» – в родительских семьях каждого из супругов обнаружен высокий уровень алкоголизма, депрессий, самоубийств (57). Выявление соотношений алкогольных браков позволит избежать либо искусственного раздувания проблемы, либо неоправданного игнорирования, считают исследователи (43).

Другая проблема, волнующая исследователей, это связь пьянства и семейной адаптации. Особый интерес вызывают случаи парного супружеского алкоголизма (44, 74). Так, при исследовании характера взаимоотношений супругов было выявлено, что если в ранние годы супружества в алкогольной

семье доминирует жена, то на поздних этапах – муж, в то время как в неалкогольной семье муж чаще лидирует на протяжении всего супружества.

Высказанное предположение о возможности удовлетворительной семейной адаптации при высоком уровне алкоголизации супругов не столь парадоксально, как кажется на первый взгляд. Косвенным подтверждением является работа A.Zweben (75) по исследованию 87 «алкогольных супружеских пар». Авторами использовались четыре опросника: первые два выявляли связь между семейной адаптацией и алкоголизмом (интимные связи, ведущая роль в семье, финансы, быт, работа, свободное время), другие были направлены на алкогольное поведение супруга (алкогольная бессонница, неучастие в семейных делах, неудовлетворительная личная гигиена, агрессивность и ревность). Исследования доказали, что адаптация в семьях, в которых только один супруг был болен алкоголизмом, была значительно хуже, чем в семьях с парным – супружеским алкоголизмом.

В завершении краткого обзора следует отметить, что ряд исследований по данной проблематике представлен в кратком изложении вследствие исчерпанности вопроса (например, изучение особенностей личности «мужей-алкоголиков», «жен-алкоголиков»), другие проблемы ещё только концептуально оформляются (изучение «супругов-алкоголиков»). В целом, возможности и перспективы проведения исследований в этой области весьма значительны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануцин В.В., Альтшулер В.Б., Власова И.Б. Некоторые данные о становлении хронического алкоголизма у женщин // Актуальные вопросы наркологии. – Душанбе, 1984. – С. 119–125.
2. Гордеева Ф.Ф. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин // Клинические проблемы алкоголизма. – Л., 1974. – С. 5–41.
3. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. – Л.: Медицина, 1988. – 224 с.
4. Гунько А.А., Москаленко В.Д. Психические нарушения у женщин и мужчин, состоящих в браке с больными алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 1992. – № 3–4. – С. 162–163.
5. Заболой-Чекме Е. Женщины и алкоголизм // Здоровье мира. – 1981. – № 8. – С. 69.
6. Кудлаев В.Р., Короткова Г.К., Козьминых В.Г. О клинических ремиссиях при хроническом алкоголизме у женщин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Пермь, 1984. – С. 75–77.
7. Мишина Т.М. Сравнительный анализ супружеских отношений в «невротических» и здоровых парах // Социально-психологические исследования в психоневрологии. – Л., 1980. – С. 101–105.
8. Москаленко В.Д., Милосердова Т.И. Семья больного алкоголизмом как система // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1993. – Т. 93, № 5. – С. 108–110.
9. Москаленко В.Д., Ванюков М.М., Соловьева З.В. Ассортативность браков больных алкоголизмом // Генетика человека и патология. – Томск, 1989. – С. 89–90.
10. Москаленко В.Д., Гунько А.А. Жены больных алкоголизмом: опыт изучения психопатологии // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1994. – Т. 94, № 1. – С. 51–54.
11. Москаленко В.Д. Зависимость и созависимость в семьях больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 1995. – № 2. – С. 76–79.
12. Наку А.Г., Бошняга Е.К. Семейные отношения у женщин, страдающих хроническим алкоголизмом // Тезисы доклада областной н.-п. конференции. – Харьков, 1985. – С. 94–96.
13. Обозов Н.Н., Обозова А.Н. Три подхода к исследованию психологической совместимости // Вопросы психологии. – 1981. – № 6. – С. 98–101.
14. Пахмурный В.А. К вопросу о некоторых семейно-бытовых и социальных аспектах женского алкоголизма // Актуальные аспекты реабилитации больных психическими заболеваниями и алкоголизмом. – Курск, 1983. – С. 90–91.
15. Портнова А.А. Невротические расстройства у жен больных алкоголизмом // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 812–814.
16. Рыбакова Т.Г. Семейные отношения и семейная психотерапия больных алкоголизмом. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1980. – С. 20.
17. Шайдукова Л.К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1996. – 26 с.
18. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – С. 188.
19. Alterman A.J. Patterns of familial alcoholism, alcoholism severity and psychopathology // J. Nerv. Ment. Dis. – 1988. – Vol. 176, N 12. – P. 117–126.
20. Beattie M. Codependent no more – A Hazelden Book. – Harper Collins Publishers, 1989. – P. 229.
21. Beckman L.J., Amaro H. Personal & social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment // J. Stud. Alcohol. – 1986. – Vol. 47, N 2. – P. 135–145.
22. Blume S.B. Women & alcohol. A review // J. Am. Med. Ass. – 1986. – Vol. 256, N 11. – P. 1467–1470.
23. Bullock S.C., Mudd H.E. The interrelatedness of alcoholism and marital conflicts: the interaction of alcoholic husbands and their non-alcoholic wives during counseling // Am. J. Orthopsychiatry. – 1959. – N 29. – P. 519–527.
24. Busch E., Kurmendy E., Feuerlein W. Partners of female alcoholics // Br. J. Addict. – 1973. – Vol. 68. – P. 179–184.
25. Casey J.C., Griffin M.L., Googins B.K. The rule of work for wives of alcoholics // Am. J. Drug Alc. Abuse. – 1993. – Vol. 19, N 1. – P. 119–131.
26. Dahlgren L. Female alcoholics III. Development & pattern of problem drinking // Acta Psychiat. Scand. – 1978. – Vol. 57, N 4. – P. 325–335.

27. Dahlgren L. Female alcoholics V. Morbidity // *Acta Psychiat. Scand.* – 1979. – Vol. 60. – P. 199–213.
28. Edwards P.A., Harley C., Whitehead P. Wives of alcoholics: a critical review and analysis // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1973. – Vol. 34. – P. 112–132.
29. Flintoff W.P. Alcoholism: community & after-care aspects // *Br. J. Addict.* – 1963. – Vol. 59. – P. 81–91.
30. Folkman S. Personal control and stress coping processes: A theoretical analysis // *J. Personal. Soc. Psychol.* – 1984. – Vol. 46, N 4. – P. 839–852.
31. Fox R. The alcoholic spouse // *Neurotic interaction in marriage / V.W. Eisenstein (Ed.)*. – N-Y.: Basic Books, 1956. – P. 71–96.
32. Gierimski T., Williams T. Codependency // *J. Psychoactive Drugs.* – 1986. – Vol. 18, N 1. – P. 7–13.
33. Gomberg E.S.L. Shame & guilt issues among women alcoholics // *Alcohol Treatm. Quart.* – 1987. – Vol. 4, N 2. – P. 139–155.
34. Gorad S.L. Communicational styles and interaction of alcoholics and their wives // *Fam. Process.* – 1971. – Vol. 10. – P. 475–489.
35. Grossman H., Chester N. The experience & meaning of work in women's lives. – New Jersey: Erlbaum Associates, 1990.
36. Gustafson R. The relationship between alcohol intoxication and power in real-life non-alcoholic couples // *Drug Alcohol Depend.* – 1988. – Vol. 22, N 1–2. – P. 55–62.
37. Hart K.E. Association of type a behavior and its components to ways of coping with stress // *J. Psychosom. Res.* – 1988. – Vol. 32, N 2. – P. 213–219.
38. Hersen M., Miller P., Eisler R. Interactions between alcoholics and their wives: a descriptive analysis of verbal and nonverbal behavior // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1973. – Vol. 34. – P. 516–520.
39. Homiller J.D. Alcoholism among women // *Chem. Depend.* – 1980. – Vol. 4. – P. 1–31.
40. Hurley D.L. Women, alcohol and incest: an analytical review // *J. Stud. Alcohol.* – 1991. – Vol. 52, N 3. – P. 254–268.
41. Jackson J.K. The adjustment of the family to the crises of alcoholism // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1954. – Vol. 15. – P. 562–586.
42. Jacob T. Alcoholism & family interaction: an experimental paradigm // *Am. J. Drug. Alc. Abuse.* – 1989. – N 15. – P. 73–91.
43. Jacob T., Bremer D.A. Assortative mating among men & women alcoholics // *J. Stud. Alcohol.* – 1986. – Vol. 47, N 3. – P. 219–222.
44. Jacob T., Dunn N.J., Leonard K. Patterns of alcohol abuse & family stability // *Alc. Clin. Exp. Res.* – 1983. – Vol. 7. – P. 382–385.
45. Kaufman E., Pattison E.M. The family and alcoholism // *Encyclopedic handbook of alcoholism / E. Kaufman, E.M. Pattison (Eds.)*. – 1982. – N 7. – P. 663–672.
46. Lisansky E.S. The women alcoholics // *Ann. Amer. Acad. Polit. Social Sci.* – 1958. – Vol. 315. – P. 73–81.
47. Lisansky E.S., Eduth S., Schilit R. Social isolation & passivity of women alcoholics // *J. Stud. Alc.* – 1985. – Vol. 20, N 3. – P. 313–314.
48. Mendenhall W. Co-dependency definitions & dynamics // *Alcohol Treat. Quart.* – 1989. – Vol. 6, N 1. – P. 3–17.
49. Mitchell H.E., Mudd E.H. The development of research methodology for achieving the cooperation of alcoholics and their non-alcoholic wives // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1957. – N 18. – P. 649–657.
50. Moos R.H., Billings A.G. Conceptualizing & measuring coping resources & processes // *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects.* – N-J.: Free Press, 1982.
51. Morrisey E.R., Schuckit M.A. Drinking patterns and alcohol-related problems in a population of alcohol detoxification patients: Comparison of males and females // *Currents in alcoholism.* – Vol. VII, Recent advances in research and treatment / M. Galanter (Ed.). – N-J., 1980. – P. 465–480.
52. Myerson D.J.A. A therapeutic appraisal of certain married alcoholic women. – 1966. – Vol. 3. – P. 143–157.
53. Olbrich E. Coping & development. – N-J., 1990.
54. Orford J., Oppenheimer E. The cohesiveness of alcoholism-complicated marriages and its influence on treatment outcome // *Br. J. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 128. – P. 318–339.
55. Paolino T.J., McCrady B.S. The alcoholic marriage: alternative perspectives. – N-J.: Grune & Stratton, 1977.
56. Perodeau G.M., Kohn P.M. Sex differences in the marital functioning of treated alcoholics // *Drug Alcohol Depend.* – 1989. – Vol. 6, N 2. – P. 40–46.
57. Rimmer J., Winokur G. The spouses of alcoholics: an example of assortative mating // *Dis. Nerv. Syst.* – 1972.
58. Rimmer J. Psychiatric illness in husbands of alcoholics // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1974. – Vol. 35, N 1A. – P. 281–283.
59. Sandahl C., Lindberg S., Bergman H. The relation between drinking habits and neuroticism and weak ego among male and female alcoholic patients // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1987. – Vol. 75, N 5. – P. 500–508.
60. Sandmaier M. The invisible alcoholics: women and alcohol abuse in America. – N-Y.: McGraw-Hill Book Co, 1980.
61. Seiffge-Krenke J. Developmental processes in self-concept and coping behaviour. – N-Y., 1990.
62. Steinglass P., Davis D.J., Berenson D. Observation of conjointly hospitalized «alcoholic couples» during sobriety and intoxication: implications for theory and therapy // *Fam. Process. Balt.* – 1977. – N 16. – P. 1–16.
63. Steinglass P. The impact of alcoholism on the family // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1981. – Vol. 42, N 3. – P. 288–301.
64. Steinglass P. The alcoholic family. – N-Y.: Basic Books, 1987.
65. Svanum S., McAdoo W. Parental alcoholism: an examination of male & female alcoholics in treatment // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1991. – Vol. 52, N 2. – P. 127–133.
66. Terry D.J. Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behaviour // *Person. Individ. Diff.* – 1991. – Vol. 12, N 10. – P. 1031–1047.
67. Tweed S.H., Ryff C.D. Adult children of alcoholics: profiles of wellness admit distress // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1991. – Vol. 52, N 2. – P. 133–142.
68. Werner L.J., Broida J.P. Adult self-esteem and locus of control as a function of familial alcoholism and dysfunction // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1991. – Vol. 52, N 3. – P. 249–253.
69. Whalen T. Wives of alcoholics: four types observed in a family service agency // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1953. – N 4. – P. 632–641.
70. Williams C.N., Klerman L.V. Female alcohol abuse: its effects on the family // *Alcohol problems in women: Antecedents, consequences & intervention / S.C. Wilsnack, L.J. Beckman (Eds.)*. – N-Y., 1984. – P. 280–312.
71. Wilsnack R.W., Beckman L.J. Drinking, sexuality and sexual dysfunction in women // *Alcohol problems in women: Antecedents, consequences & intervention / S.C. Wilsnack, L.J. Beckman (Eds.)*. – N-Y., 1984. – P. 189–227.
72. Woititz J. Adult children of alcoholics. Health communications. – Florida, 1983.
73. Wood H.P., Duffy E.L. Psychological factors in alcoholic women // *Am. J. Psychiatry.* – 1966. – Vol. 123. – P. 341–345.
74. Zweben A., Pearlman S., Li S. Reducing attrition from conjoint therapy with alcoholic couples // *Drug Alcohol Depend.* – 1983. – N 11. – P. 321–331.
75. Zweben A., Pearlman S., Li S. Problem drinking and marital adjustment // *Q. J. Stud. Alcohol.* – 1986. – Vol. 47, N 2. – P. 167–172.

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИИ НА БРЯНЩИНЕ К 50-летию Брянской областной психиатрической больницы № 1

И. И. Щиголев, А. И. Муравьев

Брянск

Помощь душевнобольным на территории современной Брянщины формировалась постепенно и одновременно с административным делением территории в контексте развития психиатрии России вообще и изменений в Орловской и Черниговской губерниях. Ныне существующие районы Брянской области относились к Орловской, а часть – к Черниговской губерниям (1).

Из переписки с Брянским городничим за 1845–1846 годы о ежегодном предоставлении Орловской врачебной управе отчетных ведомостей о душевнобольных уезда видно, что психически больные лечились в Орловской земской больнице, где было организовано несколько палат для умалишенных.

По предписанию Орловского Гражданского губернатора от 13 ноября 1837 года Брянский городничий обязан был предоставлять в Орловскую врачебную управу сведения об умалишенных к 1 ноября каждого года (4).

От всех больных в Черниговском доме умалишенных к 1881 году лечилось: из Новозыбковского уезда – 5,3%, из Суражского, Стародубского уездов – 3,8%, Мглинского – 2,4% (2).

В связи с тем, что близко от Брянска не было психиатрического отделения, душевнобольные, в особенности с хроническим течением заболевания, размещались в богадельнях.

Большая заслуга в организации психиатрической помощи населению Брянщины принадлежала известному отечественному врачу-психиатру П.И.Якобию (1841–1913) – первому директору Орловской губернской психиатрической лечебницы (10).

Уже к концу XIX века психиатрам стало ясно, что имеющаяся стационарная коечная мощность как в Черниговском, так и Орловском психиатрических отделениях или губернских больницах крайне мала. Возникла необходимость строительства психиатрических больниц в этих губерниях, а также задача организации амбулаторного приема душевнобольных. Проведенная перепись психически больных в Орловской губернии показала, что значительное число душевнобольных находится в населении без лечения (3).

Уже в 1905 году, анализируя экономическое развитие городов входящих в современную Брянскую область, П.И.Якобий предлагал построить психиат-

рическую больницу в г. Брянске для обслуживания Трубчевского и Севского уездов, которые находятся гораздо ближе к Брянску, чем к Орлу. Психиатрам сто лет назад была видна необходимость строительства больницы (5).

15 марта 1912 года земская управа Черниговской губернии просила поспособствовать ей в проведении переписи душевнобольных для выявления общего количества больных в уездах с целью организации развития психиатрической помощи населению.

Это были первые шаги по регистрации психически больных.

В бюллетене № 1 Орловского отдела здравоохранения губисполкома от 20 ноября 1918 года помещено постановление Наркомата юстиции об освидетельствовании душевнобольных в больнице (6).

Всех психически больных в губернии насчитывалось 8–9 тысяч. Но в связи с голодом и империалистической войной прием душевнобольных ограничивался.

Планировалось в психиатрических отделениях развернуть в общей сложности 160 коек и построить дополнительно два новых корпуса по 104 койки в Орловской больнице. В Брянске к 1918 году не планировалось развертывания психиатрических коек, в связи с его малой мощностью к тому времени (7).

В 1919 году принимается решение о строительстве психиатрического отделения в Брянском уезде на 20 коек.

1 апреля 1920 года как административная единица создается Брянская губерния. Для сведения: население губернии – 982 943, город Брянск – 124 489, село – 858 454. Включала в себя следующие уезды: Брянский, Жиздренский, Карачевский, Севский, Трубчевский. Просуществовала Брянская губерния до 14 января 1929 года (1).

В этот период душевнобольные Брянщины госпитализировались в психиатрические больницы гг.Гомеля, Могилева, Смоленска, Тулы.

С организацией Брянской губернии 26–27 октября 1920 года состоялся Первый организационный общегубернский съезд Брянского губздравотдела. На этом съезде констатировано следующее: «В деле оказания специализированной помощи психически больным, съезд признает необходимым открытие в Брянске районной психиатрической лечеб-

ницы, но в связи с тем, что строительство больницы в этот период сложно, то предложено открыть при всех уездных городах в больницах психоприемников до отправки душевнобольных в Орловскую окружную больницу. Все это приводит к необходимости открытия в г.Брянске приемника для поступающих из уездов психически больных, где они в условиях надлежащей обстановки и специального указа имели бы временное, до отправления в г.Орел, пребывание» (8).

Для психоприемника приспособляется деревянный флигель в бывшей горбольнице. Планируется все работы по реконструкции закончить первого января 1921 года.

Работами по реконструкции флигеля руководит врач Георгий Иванович Иосифов – первый психиатр в г.Брянске. Приступают к работе 14 ноября 1920 года.

Составляются новые штаты для психоприемника на 35 коек на два отделения, при этом в каждом отделении дежурят два санитаря и одна медсестра. Включаются в штат: зав. психоприемника – 1, ординатор – 1, сестры милосердия – 8, санитарки – 16, уборщицы, посудомойки – 4. Всего 30 человек (6).

В 1922 году, наряду с «психоприемником», была организована губернская психиатрическая больница. В первые дни было принято 13 человек (5 муж. и 8 жен.). В 1923 году пролечено уже 52 человека.

Больные приглашались к работе на дворе, кухне и в небольшом огороде – около 1/8 десятины. Из методов лечения применялись: «наркотики, гипнотики, влажные обертывания и кормление зондом». Текучесть кадров составляла 33%.

В Смоленске 100 коек выделено для Брянска, в Туле – 30 коек. Поручено, согласно решению Наркомздравотдела, выделить средства из госбюджета на содержание 50 коек дополнительно в пределах Брянской губернии.

Приближалось трудное время в жизни всех советских людей – до Великой Отечественной войны оставались считанные месяцы. На 1 января 1941 года в Брянском здравоохранении имелось 558 врачей и среди них 4 психиатра. Как видно, психиатрическая служба была представлена крайне слабыми силами.

Первый послевоенный врач-психиатр Гдана Ноевич Блинчевский прибыл в г. Брянск в 1946 году. Работал врачом-психиатром в Брянске до ухода на пенсию.

Для приема и дальнейшего содержания больных до эвакуации в другие области, был организован психоприемник в расчете на 10 коек, но на все население Брянской области этого не хватало.

В первом отчете о работе психоприемника в 1951 году сообщалось: «коек для психически больных – 5, выписано больных – 529, проведено койко-дней – 1155, поступило больных – 52». В 1952 году – 7 коек, поступило больных – 536. В отчете за 1957 год – врачей 1,5 ставки, средних медработников – 5,0.

4 ноября 1957 года впервые в приспособленном здании был открыт стационар на 75 коек. Первые шаги организации больницы были сделаны главным врачом В.А.Вострокнутовой, ныне – Брянская областная психиатрическая больница № 1 (главный врач – А.И.Муравьев).

Психиатров к 1958 году по штату – 16,5 и 13,5 занято в городе, средних медработников – 68, число коек – 250.

В городе организовали 2 кабинета, осуществляющих психиатрический прием больных. В 1962 году функционирует 615 коек, психиатров – 21.

К 1970 году психиатрическая служба области сформировалась по следующей структуре:

1. Брянская областная психиатрическая больница на 500 коек (главврач Евельсон Игорь Самуилович). Больница организована в 1957 году.

2. Мглинская психиатрическая больница на 250 коек (главврач Фролова Нина Васильевна). Больница организована в 1961 году.

3. Жиркинская психиатрическая больница на 150 коек (главврач Хорьков Виктор Алексеевич). Больница организована в 1960 году.

4. Кабинет психиатра на 1,0 ставку при горбольнице № 1 г. Брянска (Бежицкий район), врач Назаренко Тамара Максимовна.

5. Кабинет детского психоневролога на 1,0 ставку при городской детской больнице № 2, врач Коробкова Галина Леонидовна, она же исполняет обязанности городского детского психиатра.

В январе 1978 года был назначен главврачом областной психиатрической больницы Анатолий Петрович Прасолов.

Организация психиатрических кабинетов в районных поликлиниках сделала более доступной психиатрическую помощь населению не только в г. Брянске, но и в районах области (Клинцах, Новозыбкове, Дятьково, Клетне, Севске, Суземке, Жуковке, Трубчевске, Красной Горе).

С 01.09.1987 года осуществлен переход на зональное обслуживание пациентов области.

Активно продолжал развиваться процесс реабилитации пациентов путем участия в работе лечебно-трудовых мастерских (швейное производство, садоводство, огородничество).

С 31 октября 1985 года главным врачом Брянской областной психиатрической больницы № 3 стал А.Я.Молоканов.

Были расширены лечебно-трудовые мастерские до 300 рабочих мест при стационаре и диспансерном отделении. Открыты отделения для наркологических больных на промышленных предприятиях города, и впервые в России открыто наркологическое отделение в колхозе «Рассвет» Карачевского района вначале на 30, затем на 60 мест. В зданиях бывшей туберкулезной больницы поселка Ивановка Бежицкого района было открыто вначале отделение для психически больных, а с 1982 года стала функционировать самостоятельно психиатрическая больница на 150 коек. Главным врачом был

назначен А.Е.Копылов. В последующем при данной больнице было открыто отделение на 30 коек для принудительного лечения психически больных по определению суда с усиленным режимом наблюдения. До этого данных больных возили на лечение в Курскую психиатрическую больницу.

В 1960 году в Карачевском районе в 50 км от Брянска близ села Жиркино организуется психиатрическая больница, рассчитанная на 150 коек. С 02.09.2004 года возглавляет больницу Ю.В.Сидоров.

В 1961 году в г.Мглине Брянской области организовали психиатрическую больницу – ныне Брянская областная психиатрическая больница № 4 на 265 коек (9).

С 1963 по 1980 год больницу возглавляла Н.В.Фролова.

Возглавляет больницу с 1987 года доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ – Игорь Иванович Щиголов. Больница принимает пациентов из 10 юго-западных районов Брянской области.

Организованная в 1986 году Брянская областная психиатрическая больница № 6, расположенная в поселке Ивановка близ г.Брянска на 160 коек, функционировала до января 2006 года.

В настоящее время она преобразована в отделение Брянской областной психиатрической больницы № 1.

Как видно, психиатрия Брянщины несмотря на свою относительную молодость, проделала достаточно сложный путь этапов своего развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Административно-территориальное деление Брянского края. – Тула, 1987. – Т. I. – 531 с.
2. Государственный архив Гомельской области (ГАГО). Ф.11, оп.1, ед.хр.1289, л.1, 96об.
3. Государственный архив Гомельской области (ГАГО). Ф.11, оп.1, ед.хр.1113, л.12, 75, 92.
4. Государственный архив Брянской области (ГАБО). Ф.85, оп.1, ед.хр.35, л.238–243.
5. Государственный архив Брянской области (ГАБО). Ф.16, оп.1, ед.хр.984, л.1, 3, 76, 125.
6. Государственный архив Брянской области (ГАБО). Ф.16, оп.1, д.67, л.1–32.
7. Государственный архив Орловской области (ГАОО). Ф.580, оп.2, ед.хр.432, л.1–8.
8. Государственный архив Орловской области (ГАОО). Ф.580, оп.2, д.297, л.2–5.
9. Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф.1152, оп.8, д.491, л.2–16об.
10. Якобий П.И. Современная психиатрия. – 1909. – С. 340.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД: УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ (по материалам 31-ого заседания Урало-Тюменской ассоциации психиатрических и наркологических учреждений. Екатеринбург, апрель 2007 г.)

А. П. Поташева¹, О. В. Сердюк¹, Е. Б. Любов²

¹ Свердловская областная клиническая психиатрическая больница,
²ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

На заседании обсуждены текущие задачи и перспективные направления региональной психиатрической службы, реформируемой в направлении биопсихосоциальной управляемой модели, в следующих аспектах.

1. С переходом психиатрических больниц в статус областных улучшалось их финансирование, но интерес руководителей ряда муниципальных образований к психиатрической службе в определенной степени угас, хотя больницы по-прежнему оказывают психиатрическую и наркологическую помощь населению муниципальных образований.

2. Количество психиатров в области 0,8 на 10 тысяч населения, укомплектованность ими больниц не более 38–63%, и в ближайшие годы существенного притока специалистов не предвидится. Молодых людей отталкивает от профессии относительно небольшая зарплата (среднемесячный заработок психиатра – 17,5 тыс. руб.), отсутствие жилья, в определенной мере, стигматизация психиатрии. Вместе с тем службы относительно удовлетворительно укомплектованы клиническими психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками, окончившими местные учебные заведения. Поэтому важен опыт целевого обучения медперсонала в местном колледже и контроле их работы супервизорами (С.М.Бабин, заведующий областным психотерапевтическим центром ОПБ № 2 Оренбурга). При этом, областное финансирование приводит к оттоку психотерапевтов, что заведомо снижает качество и доступность специализированной помощи. Региональные медико-экономические стандарты – объективизированный инструмент поощрения персонала психиатрических учреждений, но они должны быть адаптированы для конкретных условий работы, что важно в свете грядущего включения психиатрии в ОМС и развития стандартизации психиатрической помощи (О.А.Кожухова, заведующая отделом экспертизы качества оказания медицинской помощи Свердловской ОКПБ).

Квалификационная аттестация психологов и специалистов по социальной работе способствовала бы их дальнейшему профессиональному росту. Вопрос подготовки социальных работников должен быть решен на Федеральном уровне, а их обучение для работы в психиатрии возможно в медицинских колледжах. Назрели изменения в тарификационно-квалификационной сетке для специалистов по социальной работе, социальных работников (воспитателей в общежитиях), получающих пока мизерную заработную плату.

3. Лечебно-промышленные мастерские. Необходимо принципиальное решение вопроса об оплате труда работающих больных. ЛПМ убыточны и работают в основном для удовлетворения нужд редких психиатрических учреждений, при которых они развернуты. Так, деревообрабатывающий и пошивочный цеха Нижнетагильской больницы (главный врач ПБ № 7, заслуженный врач РФ В.Ю.Мишарин) обеспечивают мебелью и постельными принадлежностями обновляемый стационар и прибольничное общежитие. Главный врач обеспечивает инвалидов в ЛПМ минимальным заработком (1 200 руб.) из сэкономленного фонда заработной платы больницы, ущемляя своих сотрудников. Однако такой доход мало стимулирует больного, так как служба занятости населения при устройстве на работу в течение трех месяцев выплачивает инвалиду пособие в 2 300 руб. Вопрос о статусе ЛТМ поставлен перед заместителем министра здравоохранения области. В порядке эксперимента в Нижнем Тагиле запланировано создание государственной бюджетной структуры «Центр медицинской и социальной реабилитации», в который будут объединены общежитие и ЛТМ со штатным медицинским и немедицинским персоналом. (В.Д.Долженко, главный врач ПБ г.Шадринска Курганской области). Пока же ЛПМ годами выплачивают многотысячные долги, а их скромный доход (рентабельность швейного цеха в Шадринске 25%) идет в областной бюджет, откуда редко возвращается.

4. «Жилье под защитой». Помещения для общежитий и реабилитационных квартир энтузиасты – отдельные главные врачи – изыскивают из фондов своих учреждений или переоборудуют здания иных медицинских служб. Так, под блок реабилитационных квартир в Первоуральске (главный врач ПБ № 8 С.Б.Козяков) запланировано здание бывшего КВД. Местное общежитие расширено за счет нерационально используемых площадей местного ПНИ. Проблемы возникают с финансированием необходимого капитального ремонта и с переводением в собственность больницы (тяжкий опыт Нижнего Тагила) реабилитационных квартир: они должны быть переведены в нежилой фонд и лишь затем могут быть оформлены в собственность ЛПУ. Однако уже осенью будет открыто общежитие на 30 мест в областной ПБ № 6 Екатеринбурга, а Росздрав выделяет деньги на инвентарь.

5. Развивается модель долговременного межведомственного многодисциплинарного взаимодействия психиатрических и социальных служб, государственных структур (С.Б.Козяков). Пришла пора и клинико-экономического обоснования результатов этой перспективной формы бригадного сотрудничества на уровне отдельного города и региона. Показателен пример междисциплинарного взаимодействия (И.Н.Мишарина, заведующая лабораторией клинической психологии Свердловской ОКПБ) психологической службы больницы, включенной во все этапы лечебно-диагностического процесса для субпопуляций психотических и непсихотических больных всех возрастов. Пока в деле психосоциальной реабилитации опора на ведомства видна в большей мере, чем на сообщество. Поэтому важно взаимодействие (Д.А.Винокуров, директор некоммерческой организации «Центр семейной терапии и кон-

сультирования» в Нижнем Тагиле; В.Ф.Алексеева, Тюменское областное отделение Российского фонда «Милосердие и здоровье») между психиатрическими и общественными организациями (добровольцы, развитие антистигматизационной программы, защищенные рабочие места). Только в Нижнем Тагиле общественных организаций, относящихся к сфере охраны психического здоровья, не менее десятка, но они в значительной степени разобщены.

6. Повышение клинической эффективности многосторонней терапии. Эффективность психосоциальных воздействий возрастает при оптимизации фармакотерапии. Обеспечение лекарственными препаратами льготной категории больных в области происходит по двум каналам: через хорошо обеспеченную региональную и неудовлетворительно финансируемую Федеральную программы дополнительного лекарственного обеспечения инвалидов: в результате в область фактически не поставляются не только атипичные, но и традиционные антипсихотики, антидепрессанты. Кроме того, из федерального Перечня исключены депонированные формы нейролептиков, необходимые тысячам внебольничных пациентов. Пока правительство Свердловской области выделило 10 млн. рублей для обеспечения рецептов федеральных льготников. При ограниченном фармацевтическом бюджете психиатрических ЛПУ особенно важны научно обоснованный выбор и применение антипсихотиков нового поколения (Е.Б.Любов, Московский НИИ психиатрии), в частности, в клинике первого эпизода психоза (Е.Ю.Антохин, Оренбургская ГМА). Такое отделение развернуто и в Нижнем Тагиле.

Заседание прошло при спонсорской поддержке фирмы АстраЗенека.

О СЕМИНАРЕ EUFAMI

Е. Б. Любов, Е. А. Попова

ОООИ «Новые возможности»

12–13 марта 2007 года в городке Скодсборг (Дания) прошел семинар «Specialised Training for Action and Results» (STARS) членов обществ самопомощи психически больных и их близких, объединенных в европейскую ассоциацию EUFAMI. Тренинг был посвящен выработке навыков обоснованного отстаивания интересов общества на различных уровнях (согласование в своей организации, в кабинетах профессионала, чиновника или спонсора, через средства массовой информации). Делегаты из 15 стран, отличающихся различным уровнем обеспеченности психиатрической помощи и структурой ее служб, учились общим принципам налаживания конструктивного диалога с потенциальными союзниками. Демонстрируя свои проекты («Новые возможности» представили пансионат для психически больных) и сообщая о сложностях их реализации, участники семинара отметили, что равнодушие здорового большинства, пренебрежение чиновников и консервативной части профессионального сообщества, лелеящей идеи патернализма, типичны для всех стран. Схожи и «болезни роста» (пассивно-оборонительная позиция, зауженность на частных проблемах, приводящие к самоизоляции, неумение быть услышанными) национальных организаций самопомощи, находящихся, однако, на разных ступенях

развития и поддержки государственных и негосударственных структур. Поэтому членам общества следует осознать силу своей миссии с позиций информированного оптимизма («надежда» – неременный элемент процесса выздоровления), не впадая в самоуничижение и не ища жалостливого преходящего сочувствия («мы малы и слабы»), неустанно готовить альтернативные варианты предложений, не ожидая легкого признания права разделить с профессионалом меру ответственности за судьбу своего подопечного.

Показательно, что тренинг проходил под патронатом института Лундбека и в его конференц-зале, где за 10 лет на 120 семинарах занимались 3 000 специалистов из 56 стран. Крупные фармацевтические компании все активнее обучают пациентов и их близких, выпуская руководства, создавая образовательные сайты (www.depnet.com «Лундбек»). Направления их деятельности в аспектах повышения качества жизни пациентов и их близких, привлечения внимания общественности к психическим проблемам и стигме, улучшения диагностики и внедрения в повседневную практику основанного на доказательствах лечения тяжелых психических расстройств созвучны со стратегическими направлениями деятельности EUFAMI.

ОТЧЕТ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ» за 2006 год

Общественная организация

«Российское общество психиатров»

Адрес: 107076, город Москва, ул. Потешная, д. 3

**Зарегистрировано Министерством юстиции
РФ 24.07.1996 № 408**

ОГРН 103773908180

ИНН/КПП 77180639707718010 01

Является национальным членом Всемирной психиатрической ассоциации, средств от этой Ассоциации Общество не получает.

Обществом совместно с ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздравсоцразвития РФ» выпускается научный журнал «Социальная и клиническая психиатрия», ISSN 0869-4893. За 2006 год выпущено 4 номера журнала, в каждом номере около 25 публикаций в следующих рубриках: оригинальные исследования, терапия психических заболеваний, наблюдения из практики, дискуссии, обзоры, рецензии, информация, юбилеи, некрологи.

Основные мероприятия за отчетный период:

1. Всероссийское совещание (Санкт-Петербург) «Современные подходы к управлению качеством деятельности психиатрической и судебно-психиатрической служб страны» 25–27 апреля 2006 года. Количество участников – 650 человек. Организаторами являлись Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Росздрава, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева Росздрава, ГПБ № 6 Санкт-Петербурга совместно с РОП (приказ Минздравсоцразвития России №37 от 27.01.2006). Кроме научной программы на этом заседании в рамках проведенного Пленума Правления Общества рассматривались организационные вопросы подготовки и проведения в октябре 2006 года Пленума Правления РОП совместно с научной конференцией «Терапия и реабилитация в психиатрии».

2. Пленум РОП и Всероссийская конференция «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных» совместно с совещанием главных психиатров и наркологов, главных врачей

психиатрических и наркологических лечебных учреждений РФ в соответствии с планом научно-практических мероприятий Минздравсоцразвития РФ на 2006 года совместно с Министерством здравоохранения и социального развития РФ (приказ Минздравсоцразвития России № 480 03 июня 2006 г.) Москва, 11–13 октября 2006 года. Количество участников – более 1100 человек.

На научной конференции рассматривались следующие вопросы: программы комплексного (биологического, психосоциального, психотерапевтического) лечения в психиатрии и наркологии; полипрофессиональный подход к терапевтической помощи; методология клинических исследований и новых методов фармакотерапии; фармакоэпидемиология и фармакоэкономика; психосоциальная терапия и реабилитация психически больных – вопросы внедрения; новые реабилитационно-ориентированные формы помощи – реабилитационные центры (отделения), общежития для больных, утративших социальные связи, и другие формы жилья под защитой, полипрофессиональные бригады интенсивного лечения в сообществе и др.; стандарты и протоколы терапии психических расстройств; непрерывное профессиональное образование в психиатрии и наркологии; психотерапия – структура деятельности и подготовка специалистов; стрессовые расстройства – медицинские и немедицинские модели помощи; взаимодействие специалистов, роль первичной медицинской сети в оказании консультативной и лечебной помощи лицам с психическими расстройствами. Заслушано свыше 300 докладов на 16 секционных и пленарных заседаниях, выпущены «Материалы» на 427 стр. тиражом 1500 экз.

На Пленуме РОП рассматривались организационные вопросы: обсуждение проекта стандартов и протоколов ведения больных с психическими расстройствами; развитие системы непрерывного образования в психиатрии и наркологии, утверждение перечня и персонального состава комиссий и секций РОП; обсуждение планов работы Правления и Президиума РОП на 2006–2010 годы; обсуждение предложений по обновлению Устава РОП. На Пленуме также проведен семинар по госрегистрации региональных отделений РОП.

Информация о расходовании денежных средств общества.

1. Хоз. нужды (канцтовары, почтовые расходы и пр.) – 70 796 рублей.

2. Расходы по изданию журнала «Социальная и клиническая психиатрия» – 845 341 рублей.

Решением Пленума Правления РОП от 12 декабря 2006 года полномочия Ревизионной комиссии РОП, избранной на XIII съезде, подтвержденные на XIV съезде, вновь подтверждены и продлены на период до очередного Пленума, который состоится 9–11 октября 2007 года в городе Москве.

Состав ревизионной комиссии «Российского общества психиатров», избранный на XIII съезде психиатров России

1. Федотов Дмитрий Дмитриевич – руководитель Центра психического здоровья и реабилитации клинической больницы № 85 ФМБА России, Москва – председатель комиссии;

2. Киндрас Галина Петровна – руководитель отделения психиатрии ЦИЭТИН, Москва;

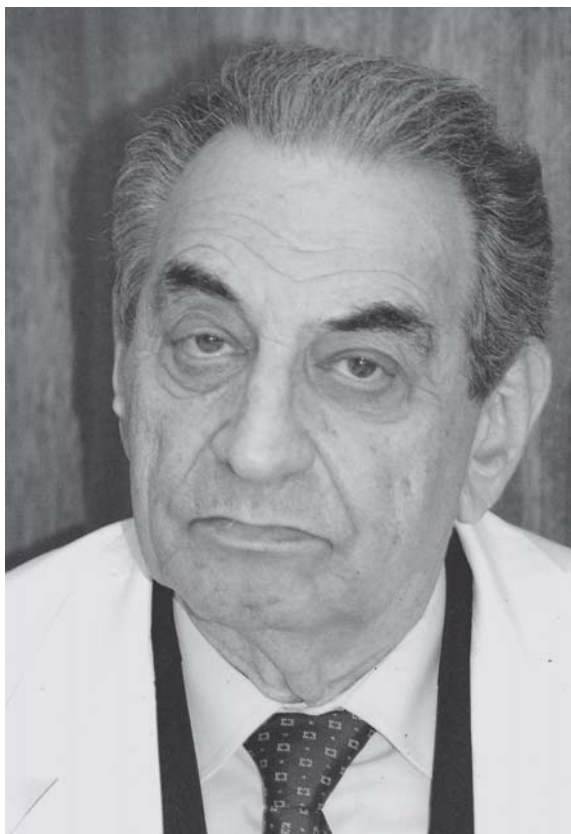
3. Дмитриева Татьяна Николаевна – главный детский психиатр Нижегородской области;

4. Калькэ Александр Робертович – главный психиатр Тульской области, заместитель главного врача Тульской городской ПБ по лечебной части;

5. Пчелина Альбина Леонидовна – заведующая ПНД МСЧ № 50 ФМБА России;

6. Ландышев Михаил Александрович – заведующий отделением Рязанской ОПБ.

ИСААК ЯКОВЛЕВИЧ ГУРОВИЧ К 80-летию со дня рождения



7 мая 2007 года исполнилось 80 лет выдающемуся отечественному психиатру, доктору медицинских наук, профессору Исааку Яковлевичу Гуровичу.

Творческий путь Исаака Яковлевича более 50 лет связан с Московским НИИ психиатрии. Начав научную карьеру в клинике одного из корифеев советской психиатрии профессора Самуила Григорьевича Жислина, он с успехом продолжает традиции его школы. Отличительными чертами научного подхода профессора И.Я.Гуровича всегда были чутье на все новое, широта подхода и комплексность оценок. Это проявилось уже в кандидатской диссертации, посвященной шизофрении в позднем возрасте, но наиболее заметным стало в последующих исследованиях.

Исаак Яковлевич по праву считается одним из основоположников отечественной психофармакотерапии. На его работах воспитывались многие поколения психиатров, и они в значительной степени не утратили своего значения до настоящего времени, несмотря на значительное расширение арсенала психотропных средств. С его именем связаны

одни из первых и наиболее полных описаний побочных эффектов лекарственной терапии психических расстройств, чему была посвящена докторская диссертация, защищенная в 1971 году. Понимание значимости этой проблемы во многом опередило время: на современном этапе этот аспект терапии считается важнейшим и в значительной степени определяющим терапевтическую тактику.

В последующие годы целая серия исследований профессора И.Я.Гуровича была связана с организационной психиатрией. Еще начиная с 70-х годов, он высказывал идеи о необходимости переноса акцента помощи во внебольничные условия, развития дневных стационаров, внедиспансерного звена и децентрализации психиатрического обслуживания населения. Он являлся одним из основных разработчиков Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Многие его работы были посвящены проблеме инвалидности. В связи с этим, закономерным был его интерес к вопросам социального функционирования и качества жизни больных. Являясь сторонником концепции комплексности оказания психиатрической помощи с привлечением не только биологических, но и социально-средовых и психологических методов воздействия, он во многом творчески переосмыслил концепцию психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, сформулировав ее в современном понимании и заложив основу внедрения данного подхода в значительном числе территорий Российской Федерации, а его с сотрудниками монография «Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии» (2004) стала настольной книгой многих психиатров и других специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Его идеи положены в основу многих инновационных форм оказания психиатрической помощи. В частности, усилиями Исаака Яковлевича в Московском НИИ психиатрии была не только создана первая в стране клиника первого психотического эпизода, но этот опыт был широко распространен в регионах и получил широкое признание.

Этот сплав науки и практики характерен для всех работ профессора И.Я.Гуровича. Исследовательские работы оказываются основой чрезвычайно важных практических рекомендаций, отражающих наиболее злободневные потребности отечественной психиатрии. В этой связи нельзя не упомянуть о его фармакоэкономических и фармакоэпидемиологических

ких исследованиях, которые он начал едва ли не первым в стране, оставаясь сегодня признанным лидером в этой области. И.Я.Гурович является автором свыше 350 опубликованных научных работ, в том числе ряда известных монографий.

Также нельзя не сказать об осуществляемой Исааком Яковлевичем большой педагогической работе. Он воспитал значительное количество учеников, развивающих его идеи как в научно-исследовательских институтах, в первую очередь в Московском НИИ психиатрии, так и в регионах. Своим богатейшим опытом он щедро делится на ежегодно проводимых семинарах и лекциях во многих городах Российской Федерации и ближнего зарубежья.

И сегодня профессор И.Я.Гурович полон творческих идей и замыслов. С его именем связаны многие начинания, в настоящее время активно претворяющиеся в различных психиатрических службах страны. Он является заместителем директора Московского НИИ психиатрии по научной работе, главным редактором журнала «Социальная и клиническая психиатрия» (который 17 лет назад был создан во многом по его инициативе и его усилиями), членом Президиума Правления Российского общества психиатров.

Желаем Исааку Яковлевичу крепкого здоровья, творческого долголетия и исполнения всех желаний.

Друзья, коллеги, ученики

ШЕВЧЕНКО ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ К 60-летию со дня рождения



31 марта 2007 года исполнилось 60 лет заведующему кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования, доктору медицинских наук, профессору Ю.С.Шевченко.

После окончания в 1971 году педиатрического факультета 2-го Московского медицинского института им. Н.И.Пирогова Ю.С.Шевченко поступил в клиническую ординатуру, затем работал детским психиатром-психотерапевтом.

В 1977 году поступил в аспирантуру при кафедре детской психиатрии Центрального института усовершенствования врачей, после которой здесь же прошел путь от ассистента до профессора и возглавил кафедру в 1995 году. В своей докторской диссертации он исследовал малоизученную проблему патологических привычных действий у детей и подростков. Ю.С.Шевченко реализовал свой научный и практический опыт в оригинальной концепции

«онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции» и созданной на ее основе интегративной семейно-групповой методики интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС). Под его руководством защищено восемь кандидатских диссертаций и осуществляется работа трех аспирантов и двух докторантов. Ю.С.Шевченко автор более 250 научных публикаций, в том числе 15 монографий и руководств. Среди последних работы по психосоматическим расстройствам и патологическим привычным действиям у детей (в соавторстве с профессором Ю.Ф.Антроповым), бихевиорально-когнитивной психотерапии детей и подростков, элективного мутизму, том в многолетнем руководстве по детским болезням (совместная редакция с профессором А.Л.Венгером), посвященный детско-подростковой психиатрии и медицинской психологии, монографии по психокоррекции и арт-терапии детей и подростков и др.

Ю.С.Шевченко является членом Президиума Всероссийского общества психиатров, председателем Московского отделения Ассоциации детских психиатров и психологов, сопредседателем Профессионального медицинского объединения психотерапевтов, психологов и социальных работников (МОП), президентом Регионального общественного Фонда социально-психической помощи семье и ребенку, членом редакционных коллегий нескольких отечественных и зарубежных научных журналов.

Помимо учебной, научной и общественной деятельности, профессор Ю.С.Шевченко осуществляет постоянную лечебно-консультативную работу в Детской психиатрической больнице № 6 г.Москвы, Медицинском центре Управления делами президента РФ, других лечебных учреждениях г.Москвы и России.

Сердечно поздравляем Ю.С.Шевченко с Юбилеем, желаем новых творческих достижений, счастья и здоровья.

Журнал зарегистрирован в Государственном Комитете СССР по печати.
Свидетельство № 1582 от 25 февраля 1991 г.

Сдано в набор 01.06.2007. Подписано в печать 25.07.2007. Формат 60x90/8. Гарнитура Таймс. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 14. Усл. печ. л. 14. Тираж 3000 экз. Цена по подписке 65 руб. Заказ

Издательский дом «МЕДПРАКТИКА-М», Москва, Волоколамское ш. 4

Тел. 158-4702, E-mail: id@medpraktika.ru; www.medpraktika.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНТИ».

140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403. Тел. 554-21-86.

© «Социальная и клиническая психиатрия»