Омский психиатрический журнал

2 (12) 2017

Omsk Journal of Psychiatry

16 +

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

научно-практическое сетевое издание

Омская областная общественная организация «Омское общество психиатров»

Omsk regional public organization "Omsk Society of Psychiatrists'

2 (12) 2017

ISSN 2412-8805

Сетевое издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций Свидетельство **Эл № ФС77-58937** от **5 августа 2014 г.**

Интернет-ресурс http://omskoop.ru
Адрес редакции:
644070. Омская область, г. Омск. ул. Куйбышева, 30.
Тел. (+7812)56-67-82

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы материалы и иллюстрации из открытых Интернет-источников

На титульной странице размещена репродукция картины Mia Mäkilä «The Rage.», 2012

Главный редактор
Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.

Редакционная коллегия:
Александрова Н.В., к.м.н.
Белебеха Е.А.
Богачев М.А.
Воронкова Т.А.
Малютина Т.В.
Стаценко О.А., к.м.н.

Редакционный совет:
Антилогова Л.Н., д.пс.н. (Омск)
Асмаковец Е.С., к.пс.н. (Омск)
Дроздовский Ю.В., д.м.н. (Омск)
Лопанова Е.В., д.п.н. (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н. (Омск)
Кожей Славомир, д.п.н. (Польша, Кельце)
Крахмалева О.Е., к.м.н. (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н. (Омск)
Рягин С.Н., д.п.н. (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н. (Омск)
Федотов И.А., к.м.н. (Рязань)

© Омский психиатрический журнал. 2017
Размещен 20 июня 2017 г.

Содержание / Contents

Колонка редактора 2 **Editor's column**

Региональные аспекты психиатрии **Regional aspects of psychiatry**

Насилие в семье как актуальная тема обращений абонентов «Телефона доверия» в Омской области 4 Violence in the family as the topical theme of appeals subscribers of "Trust telephone" in Omsk region
Е.А. Белебеха, В.А. Малыхина, Е.Г. Пурясова *E.A. Belebeha, V.A. Malykhina, E.G. Puryasova*

Организация психиатрической помощи **Organization of psychiatric care**

Психиатрическое туберкулезное отделение 7 Psychiatric tuberculosis department
Т.С. Журавлёва, Е.Ю. Шевчук, Т.Г. Семёнова, Л.Ф. Плохотенко *T.S. Zhuravlova, E.Y. Shevchuk, T.G. Semonova, L.F. Plokhotenko*

Клиника психических расстройств **Clinic of mental disorders**

Клиническое наблюдение деменции с тельцами Леви 12 Clinical case of the demension with the Levi body
Т.В. Петрова, А.В. Павликова, Э.Р. Ханафеева *T.V. Petrova, A.V. Pavlikova, E.R. Hanafeeva*

Психофармакология **Psychopharmacology**

Рациональная терапия депрессивных расстройств у беременных (обзор литературы) **19** Rational therapy of depressive disorders in pregnant women (review)
А.А. Усова, И.В. Напалков, Т.И. Иванова *A.A. Usova, I.V. Napalkov, T.I. Ivanova*

Вортиоксетин: новые перспективы в лечении непсихотических депрессий. Клиническое наблюдение **24** Vortioxetin: new perspectives in treatment non-psychotic depressions. Clinical case
Д.В. Четвериков *D.V. Chetverikov*

Клиническая психология **Clinical psychology**

Особенности поведения больных в дебюте шизофрении при выполнении экспериментально-психологической методики «Пиктограммы» **30** Peculiarities of the behavior of patients in the debut of schizophreniya in the experimental-psychological technique of the "Pictogram"
Т.А. Майорова, М.А. Воронов, И.А. Горьковой, М.А. Беребин, А.Ю. Рязанова *T.A. Mayorova, M.A. Voronov, I.A. Gor'kovoy, M.A. Berebin, A.Y. Ryazanova*

Особенности развития операций сравнения, анализа и синтеза у младших школьников с задержкой психического развития **38** Special aspects of development the operations of comparison, analysis and synthesis at midchildhood with the delay of mental development
Н.В. Федорова *N.V. Fedorova*

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Современный этап развития психиатрической службы Омской области характеризуется активным вовлечением и своевременным реагированием на социальные вызовы. Насилие в семье является одной из самых острых и распространенных социальных проблем. Во всём мире насилие ежегодно становится причиной смерти более 1,5 миллионов людей. На каждую насильственную смерть приходятся десятки случаев госпитализации, сотни выездов служб неотложной помощи и тысячи визитов к врачам. Помимо этого, насилие часто влечёт за собой пожизненные последствия для физического и психического здоровья пострадавших и их взаимодействия с другими людьми, а также может замедлять экономическое и социальное развитие.

На территории Омской области с 1991 года функционирует отделение «Телефон доверия с кабинетом медико - социально психологической помощи», как структурное подразделение Омской областной клинической психиатрической больницы. Количество обращений по вопросам насилия в семье составляет около 15% от обращений в связи с семейными отношениями. Звонки данной проблематики включают в себя сообщения о физическом, психологическом, эмоциональном и сексуальном насилии. О семейном насилии зачастую заявляют косвенно, не напрямую. Домашнее насилие в семье распространяется не только на супружеские пары, но и на сожителей, бывших супругов, родителей и детей. Предупреждение насилия решается путем взаимодействия в рамках системы, объединяющей меры медицинского, психологического, социального, педагогического и правового характера. Телефон доверия часто становится первым видом помощи, а иногда и единственным, к которому прибегают лица в ситуациях связанных с насилием.

Кроме того, значимой тенденцией в медико-социальном дисплее населения является его постарение и, соответственно, учащение случаев психических расстройств, характерных для пожилого и старческого возраста. Геронтопсихиатрические наблюдения свидетельствуют не только об увеличении когнитивных расстройств и деменции в населении, но и отмечают их нозологическую гетерономность. Из полиморфного пула депрессий у пожилых все чаще выделяется деменция с тельцами Леви ДТЛ – прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, чаще всего начинающееся в пожилом возрасте и проявляющееся нарастающим когнитивным снижением, симптомами паркинсонизма, психотическими нарушениями и вегетативной дисфункцией. Представлено описание больного с деменцией с тельцами Леви. В данном случае описаны расстройства психики и когнитивные нарушения при данной патологии. Диагноз подтвержден результатами МРТ головного мозга с учетом выявляемого симптомокомплекса.

«Омский психиатрический журнал» продолжает тематический цикл публикаций, посвященный психиатрическим отделениям, в которых проходят лечение профилизированные контингенты психически больных. Текущий номер журнала представляет работу омских специалистов, посвященных психиатрическому туберкулезному отделению. Необходимость создания самостоятельного отделения было продиктовано эпидемиологической ситуацией по туберкулёзу и целесообразностью сосредоточения больных туберкулёзом в одном подразделении с целью их изоляции и оказания специализированной помощи. В статье рассказывает об основных направления диагностической и лечебной работы в туберкулёзном отделении для психически больных. Особое внимание авторы уделяют мерам профилактики этого инфекционного заболевания у лиц с психическими расстройствами.

Вопросы рациональной психофармакотерапии, безусловно, занимают одно из ведущих мест в практической деятельности врача-психиатра. В прошлом выпуске журнала сотрудники кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии представили обзорную статью, посвященную применению антипсихотиков при беременности. В текущем номере журнала авторы продолжают данную тему, сделав акцент на психофармакологическом лечении депрессивных расстройств у беременных. Данная работа представляет особый научно-практический интерес в силу высокой медико-социальной значимости проблемы. Беременность не оказывает протективного действия как в случае манифеста психических расстройств, так и в отношении их рецидива . Большие депрессивные расстройства встречаются у 8–13% беременных женщин, а симптомы депрессии – примерно у каждой пятой беременной.

Авторы показали, что нелеченная депрессия во время беременности сопряжена с существенными рисками для здоровья матери и ребенка. Риски, связанные с заболеванием, во многих случаях перевешивают риски, связанные с фармакотерапией. У женщин, отказавшихся от

лечения, высока вероятность рецидива, наиболее часто это происходит в I триместре. - Рекомендуется принимать антидепрессанты на протяжении всего периода гестации, однако, во избежание осложнений, затрагивающих плод, некоторые специалисты допускают возможность постепенной отмены антидепрессантов перед родами, что, конечно, может иметь негативные последствия для психического состояния матери. Выбор антидепрессантов должен проводиться с учетом индивидуальных особенностей пациентки. Если женщина принимала какой-либо препарат ранее и он приводил к качественной ремиссии, то стоит рассмотреть вопрос о продолжении его приема во время беременности, причем предпочтение следует отдавать монотерапии. Женщинам, ранее не принимавшим антидепрессантов, предпочтение в период беременности следует отдавать препаратам группы СИОЗС (сертралин) и ТЦА (мапротилин). Необходимо по возможности избегать применение пароксетина в силу его выявленной тератогенности. Изменения фармакокинетики препаратов во время беременности (особенно в III триместре) могут потребовать повышения дозы антидепрессанта.

Тема рациональной психофармакотерапии продолжена в клиническом наблюдении поздней эндогенной рекуррентной депрессии. Наблюдаемый патоморфоз данной патологии во многом проявляется ее резистентностью к антидепрессантам. В статье рассмотрены причины, феноменология и пути преодоления резистентности, которая в настоящее время также подвержена своеобразному патоморфозу. Активная промоция антидепрессантов среди врачей непсихиатрического профиля часто приводит к неоправданно широкому и неадекватному назначению этих препаратов. Нередко у пациентов, а иногда и у врачей, существует боязнь антидепрессантов, что приводит к неоправданно коротким курсам, порой по 1-2 недели, и низким дозам. Отсроченное антидепрессивное действие большинства препаратов – классическая двухнедельная пауза, часто также негативно влияет на комплаентность пациентов. Отрицание возможностей эффективности лечения депрессии также способствует широкая реклама гомеопатических, «натуральных» и иных имитационных «лекарств», якобы влияющих на «усталость, депрессию и стресс», стигма психически больных и психиатрических клиник, социально-трудовые ограничения у больных, находящихся «на учете» и ряд других факторов. Негативный информационный фон в глобальной сети вокруг психиатрической службы в целом и фармакологического лечения депрессий в частности, формируемый эндогенными психическими больными, антипсихиатрическими структурами и конкурирующими фармацевтическими компаниями также усиливает подозрительность пациентов в отношении специфичеспецифического лечения.

В приведенном клиническом наблюдении у эндогенной больной с широким лечебным анамнезом был использован мультимодальный антидепрессант вортиоксетин. Быстрый и качественный антидепрессивный эффект препарата показывает, что он имеет широкие перспективы в возможностях терапии данной патологии.

В работе специалистов клинико-психологического профиля представлены материалы теоретического и эмпирического исследования методом наблюдения особенностей поведения больных шизофрений при выполнении ими методики «Пиктограмма». Выделены и описаны поведенческие 5 симптомокомплексов, доступных наблюдению при проведении экспериментально-психологического исследования, включающих в себя 36 наиболее информативных индикаторов. Описано содержание оцениваемых в процессе психодиагностики характеристик позы, мимики и жестикуляции, речевого поведения, его эмоционального тона и целенаправленности. Представлен сравнительный анализ данных эмпирического исследования, свидетельствующий о специфических проявлениях поведения больных с дебютом шизофрении при выполнении методики «Пиктограмма». Описываются выраженные невербальные проявления формального, пассивно-негативного отношения к обследованию, особенности позы, мимики, жестикуляции, речевого поведения таких больных.

Завершается выпуск текущий журнала работой омских психологов, которые исследовали развитие мыслительных операций (сравнение, анализ, синтез) у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития в сравнении с нормотипичными детьми

Напоминаем нашим читателям, что в текущем году Омская психиатрическая клиника отмечает свой 120-летний юбилей. В связи с этим знаменательным событием следующий номер «Омского психиатрического журнала» полностью будет посвящен истории становления психиатрической службы Омского региона.

24 ноября 2017 года пройдет межрегиональная научно-практическая конференция «Современные направления в оказании психиатрической помощи населению». Приглашаем наших авторов и читателей принять участие в сборнике материалов конференции, которые предлагаем присылать по редакционным координатам.

Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.

Региональные аспекты психиатрии

УДК: 616.89 + 159.9:61

НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ КАК АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА ОБРАЩЕНИЙ АБОНЕНТОВ «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ» В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.А. Белебеха, В.А. Малыхина, Е.Г. Пурясова

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. Насилие в семье является одной из самых острых и распространенных социальных проблем. Во всём мире насилие ежегодно становится причиной смерти более 1,5 миллионов людей. Телефон доверия часто становится единственным видом помощи, к которому прибегают лица в ситуациях домашнего насилия. В работе представлены пути развития и возможности оказания телефонной психологической и психотерапевтической помощи в ситуациях домашнего насилия.

Ключевые слова. Домашнее насилие, телефонная психологическая и психотерапевтическая помощь, телефон доверия.

VIOLENCE IN THE FAMILY AS THE TOPICAL THEME OF APPEALS SUBSCRIBERS OF "TRUST TELEPHONE" IN OMSK REGION

E.A. Belebeha, V.A. Malykhina, E.G. Puryasova

Resume. Domestic violence is one of the most acute and prevalent social problems. Throughout the world, violence has killed more than 1.5 million people every year. The helpline often becomes the only type of assistance that individuals resort to in situations involving domestic violence. The paper presents the ways of development and the possibilities of providing telephone psychological and psychotherapeutic assistance in situations of domestic violence.

Keywords. Domestic violence, telephone psychological and psychotherapeutic help, helpline.

Насилие в семье является одной из самых острых и распространенных социальных проблем. Во всём мире насилие ежегодно становится причиной смерти более 1,5 миллионов людей. На каждую насильственную смерть приходятся десятки случаев госпитализации, сотни выездов служб неотложной помощи и тысячи визитов к врачам. Помимо этого, насилие часто влечёт за собой пожизненные последствия для физического и психического здоровья пострадавших и их взаимодействия с другими людьми, а также может замедлять экономическое и социальное развитие. От насилия в семье не застрахован никто. Случается оно даже в благополучных на первый взгляд семьях. Об этом не принято заявлять вслух. Жертвы домашней тирании часто готовы терпеть издевательства и ждать перемен к лучшему.

Семейное насилие — это повторяющийся с увеличением частоты цикл физического, сексуального, словесного, психологического и экономического оскорбления и давления по отношению к своим близким с целью обретения над ними власти и контроля. Суть любого насилия – это стремление максимально унизить жертву, поскольку только таким способом тот, кто проявляет насилие, может на время почувствовать себя «выше». Напряженность жизни, бездуховность, стрессы, социальная неустроенность, утрата ориентиров и семейных ценностей, возросшая алкоголизация... Все это в значительной степени формирует благодатную почву для возникновения той или иной формы насилия. Насилие – это не только физическая, грубая сила, как принято считать, но и более изощренные, психологические формы воздействия. Социологические данные о распространенности насилия в семье, по сути, не соответствуют действительности, и явно занижены, поскольку эта проблема редко выносится из семьи. Кроме того, семейное насилие имеет место не только в социально неблагополучных семьях. Эта проблема характерна для всех социальных слоев населения, но социально неблагополучные семьи она затрагивает чаще.

Выделяют несколько ***форм насилия***:

1) физическое насилие - преднамеренное нанесение физических повреждений различной степени тяже-сти; побои, ограничения в еде и сне, вовлечение в употребление алкоголя и наркотиков и т.п.;

2) сексуальное насилие - преднамеренное манипулирование телом человека как сексуальным объектом; вовлечение в проституцию, порнобизнес и т.п.;

3) психологическое насилие (поведенческое, интеллектуальное, эмоциональное и проч.) - преднамеренное манипулирование человеком (ребенком или взрослым) как объектом, игнорирование его свободы, достоинства, прав, и приводящее к различным деформациям и нарушениям психического развития.

4) экономическое насилие - это контроль над финансовыми и иными ресурсами семьи, выделение жертве денег на «содержание», принуждение к вымогательству, запрет на получение образования и/или трудоустройство, намеренная растрата финансовых средств семьи с целью создания напряженной обстановки.

Психологическое насилие является самой распространенной формой семейного насилия и включает в себя различные формы: угрозы, унижения, оскорбления, чрезмерные требования, чрезмерная критика, ложь, запреты негативное оценивание, фрустрация основных нужд и потребностей, изоляция. Именно психологическое насилие является «ядром» насилия, его исходной формой, на основе которого может возникнуть физическое и сексуальное насилие.

Все эти формы воздействия на человека носят выраженный деструктивный характер и приводят к утрате доверия к себе и миру, беспокойству, тревожности, нарушениям сна и аппетита, депрессии, агрессивности, угодливость, низкой самооценке.

Возрастает склонность к уединению, формируются суицидальные наклонности и может возникнуть личностная психопатология различной этиологии - наркотические зависимости, булимия, анорексия, соматические и психосоматические заболевания - язва желудка, аллергии, избыточный вес, нервные тики.

Дети и подростки, ставшие свидетелями домашнего насилия, перенимают гендерную модель поведения и воспроизводят её в следующем поколении. Наблюдается высокий риск криминального поведения (80 % склонны к преступлениям, 40 % — к жестоким).

В психологической науке выделяют несколько моделей насилия в семье, к которым предрасполагают такие факторы как низкая самооценка, алкоголь, наркотики, проблемы коммуникации, социальная изолированность, социальные, психологические и психиатрические проблемы, депрессивность, отсутствие самоконтроля, суицидальные наклонности, агрессивность, ранняя беременность матери, потеря ребенка и детей, физические и психические недостатки. К внешним (социальным) факторам насилия относятся: бедность, низкий уровень дохода, безработица, социальная изоляция и закрытость семьи, перенаселенность, низкий образовательный и культурный уровень. Особенность насилия в семейном контексте – и для насильника, и для жертвы – состоит в необходимости продолжать общение, которое становится крайне болезненным, сохранять и поддерживать систему межличностных взаимоотношений.

Синдром посттравматического стресса возникает в ответ на совершенное насилие и проявляется спектром таких симптомов как: навязчивые воспоминания и сны; повышенная тревожность; скрытность и стремление к одиночеству; снижение эмоциональности; склонность к депрессии и употреблению наркотических средств; немотивированная жестокость, агрессивность, агрессия, направленная на себя; суицидальные тенденции.

Согласно официальной позиции ВОЗ, причины насилия отчасти обусловлены биологическими и иными личностными факторами предрасположенности человека к агрессии, однако чаще такие факторы взаимодействуют с семейными, общинными, культурными и прочими факторами внешнего характера и таким образом создают ситуацию, в которой возникает насилие.

С заявлением в полицию обращается 10 % жертв от общего количества совершенных насилий. Одни стесняются, другие не хотят «выносить сор из семьи». В основном о насильственных действиях в семье сотрудники полиции узнают от родственников и соседей. По данным учреждений скорой и неотложной медицинской помощи, около половины граждан США сообщают хотя бы об одном эпизоде ДН[1] в жизни, 16,4% – в течение последнего года. В первичном звене здравоохранения (семейной медицине) наблюдаются схожие (55,1%) показатели. 39,5% женщин, прерывающих беременность, делают это вследствие ДН. В наркологической клинике их доля снижается до 37, среди пациентов обычного госпиталя – до 26%. У лиц старше 70 лет ДН встречается в 11,9% случаев, среди детей – 0,3 случая на 1000 лиц соответствующего возраста. По данным департамента судебной медицины Дании, в 1981-1982 гг. в группе женщин 25-34 лет было зарегистрировано 1,7 случая на 1000 жителей, в 1987-1988 гг. – 2,9, в 1993-1994 гг. – 1,9. У 12% ДН было квалифицировано как тяжелое, у 6,6 – отмечалось многократно. Другое подобное исследование показало, что в Дании в 1978-1994 гг. от 1,4 до 4,5 из 1000 женщин в возрасте 16-74 лет были жертвами насилия. Наибольшие показатели зарегистрированы в Копенгагене и западных районах страны.

Распространенность случаев ДН в Австралии колебалась от 2,1 до 28%. Существенная разница зависела от дефиниции насилия. В США одна треть женщин в течение жизни хотя бы раз оказывается жертвой ДН, в Аргентине их число достигает 50%. Статистика во всех случаях в первую очередь была тесно связана с деятельностью специалистов первичной медицинской сети. Хотя женщины тоже могут быть агрессивны по отношению к своим партнёрам – мужчинам (мужьям, сожителям), последние всё же более склонны к насилию. По данным Всемирной организации здравоохранения, от 10 до 69% женщин подвергаются разным формам насилия многократно в течение длительного времени. Жертвами внутрисемейных убийств чаще становятся жёны, реже – родители, ещё реже – дети, братья и сёстры[2].

Современный человек, занятый на работе, или, наоборот, ограниченный в передвижении, в связи с инвалидностью, необходимостью заниматься уходом за детьми или членами семьи, привык к получению и обмену информацией бес-

[1] ДН – домашнее насилие

[2] М.П. Сергеев, А.В. Голенков. Насилие в семье: распространенность, причины, профилактика. – Чебоксары, 2004 //http://giduv.com/journal/2004/2/violence_in_family

контактным способом посредством интернета, телефонной связи.

Человеку необходимо осознать себя либо в качестве жертвы, либо в качестве насильника, осознать свой психотравмирующий опыт, внутренне принять его и выразить, примиряясь с прошлым. Этот шаг является крайне важным для избавления от душевных страданий. Он помогает освободиться от бремени разрушительных переживаний, чувства вины и помогает строить свою жизнь более конструктивно.

Для того, чтобы преодолеть последствия семейного насилия и выйти из ситуации посттравматического стресса, нужна профессиональная помощь психологов и психотерапевтов.

Таким образом «Телефон доверия» («ТД») становится все более актуальным и удобным способом получения помощи в кризисных ситуациях. В современном обществе человек испытывает огромное количество стрессов. В условиях политического, экономического, и духовного кризиса ценности человека, как индивидуума, находятся под угрозой. Даже в окружении множества людей человек часто чувствует себя одиноко и испытывает эмоциональные страдания. Межличностное общение зачастую настолько поверхностно и неграмотно, что некоторым людям становится трудно найти друзей и в трудные минуты жизни не с кем поговорить, поделится своими проблемами, не у кого спросить совета и получить поддержку. В этой ситуации работа «Телефона Доверия» приобретает особую актуальность, так как предлагает мгновенную поддержку любому, кто в ней нуждается.

На территории Омской области с 1991 года функционирует отделение «Телефон доверия с кабинетом медико - социально психологической помощи», как структурное подразделение Омской областной клинической психиатрической больницы. «Телефон доверия» («ТД») оказывает экстренную медико-психологическую помощь лицам, находящимися в кризисных и суицидоопасных состояниях. С целью повышения доступности специализированной помощи, с 2010 года возможности помощи по телефону были расширены. «ТД» доверия стал многоканальным, выделены бесплатные трафики основными сотовыми операторами Омской области: МТС 05283, Билайн 070 45, TELE 2 670, Мегафон 8923 699 30 03, ГТС (городская телефонная связь) 56-56-65, функционирует дневной психологический «Телефон доверия» 23-57-11.

Оказание помощи осуществляется по принципу полипрофессиональной бригады с участием психиатра, психотерапевта, психиатра - нарколога и клинического психолога. Количество обращений на «ТД» в связи с популяризацией данной службы постоянно увеличивается. Среднее число обращений на «ТД» Омской области колеблется от 8 до 13 тысяч в год. В сутки на «ТД» поступает от 25 до 45 обращений.

Анализ проблематики телефонных обращений показал, что в 2012 – 2016 гг. наряду с проблемами здоровья, которые составляют 39 % от всех профильных обращений, выделяется специальный раздел обращений по поводу семейных отношений, которые в среднем составляют -12% от проблемных обращений. Это проблемные обращения, связанные с супружеской и партнерской изменой, разводом, распадом семьи, конфликтными отношениями, сексуальной и/или психологической совместимостью.

Количество обращений по вопросам насилия в семье составляет около 15% от обращений в связи с семейными отношениями. Звонки данной проблематики включают в себя сообщения о физическом, психологическом, эмоциональном и сексуальном насилии. О семейном насилии зачастую заявляют косвенно, не напрямую. Домашнее насилие в семье распространяется не только на супружеские пары, но и на сожителей, бывших супругов, родителей и детей. Причинами насилия в семье могут быть психологическая несовместимость партнеров, вредные привычки и девиантное поведение, склонность к асоциальному образу жизни членов семьи, пребывание и освобождение из мест заключения в связи с правонарушениями, нестабильная экономическая ситуация в стране, безработица, деформация восприятия института семьи и брака.

Людям, страдающим от насилия в семье тяжело принять помощь, как от близких, так и от других людей. Довольно часто они просто боятся обращаться за помощью, стесняются, стыдятся своего положения и огласки. В этом случае психотерапевтическая помощь по телефону представляет собой единственный возможный вид интервенции лицам, переживающим семейные конфликты. По своей доступности помощь по «ТД» превосходит другие виды психотерапии: помощь можно получить анонимно, круглосуточно, бесплатно, конфиденциально. Помимо психологической помощи консультанты «ТД» могут оказывать и информационную поддержку, помогая тем самым определиться в правильности дальнейших действий потерпевших. В центрах социальных служб для семьи и молодежи есть возможность получить социальную и правовую помощь. Помочь могут и в управлении по делам молодежи. Непосредственно с заявлением следует обращаться в органы внутренних дел.

Предупреждение насилия решается путем взаимодействия в рамках системы, объединяющей меры медицинского, психологического, социального, педагогического и правового характера. Телефон доверия часто становится первым видом помощи, а иногда и единственным, к которому прибегают лица в ситуациях связанных с насилием.

УДК 616.24/002.5+616.89

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Т.С. Журавлёва, Е.Ю. Шевчук, Т.Г. Семёнова, Л.Ф. Плохотенко

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. В структуре Омской психиатрической больницы существует туберкулёзное отделение. Необходимость создания самостоятельного отделения было продиктовано эпидемиологической ситуацией по туберкулёзу и целесообразностью сосредоточения больных туберкулёзом в одном подразделении с целью их изоляции и оказания специализированной помощи. В статье рассказывает об основных направления диагностической и лечебной работы в туберкулёзном отделении для психически больных. Особое внимание авторы уделяют мерам профилактики этого инфекционного заболевания у лиц с психическими расстройствами.

Ключевые слова. Туберкулез, коморбидность, психические заболевания.

PSYCHIATRIC TUBERCULOSIS DEPARTMENT

T.S. Zhuravlova, Ye.YU. Shevchuk, T.G.Semonova, L.F. Plokhotenko

Resume. In the structure of Omsk psychiatric hospital there is a tuberculosis department. The necessity of co-building an independent department was dictated by the epidemiological situation of tuberculosis and the advisability of concentrating tuberculosis patients in one unit with the aim of isolating them and providing specialized care. The article tells about the main directions of diagnostic and therapeutic work in the tuberculosis department for the mentally ill. Special attention is paid by the authors to the measures of preventing this infectious disease in people with mental disorders.

Keywords. Tuberculosis, comorbidity, mental illness.

Среди инфекционных заболеваний туберкулез занимает совершенно особое место как по распространенности среди населения различных стран, так и по своеобразию клинических проявлений, по характеру течения, по многообразию патоморфологических проявлений и ряду других особенностей. Так, например, понятие «инфицированный туберкулезом человек» отнюдь не равнозначно понятию «болеющий туберкулезом». Больше того, инфицированные туберкулезом лица не случайно считаются менее угрожаемой в отношении туберкулеза группой населения. Но наряду с этим перед практическим врачом порой возникает трудный вопрос: является ли данное лицо только инфицированным туберкулезом, но практически здоровым человеком, или его нужно отнести к категории туберкулезных больных, нуждающихся в наблюдении и лечении. Нередко для решения этого, казалось бы, простого вопроса требуется и достаточная эрудиция лечащего врача, и большой опыт, и оборудование лечебного учреждения современной аппаратурой, а порой и относительно длительный период наблюдения. Клиника туберкулеза не укладывается в рамки какой- либо изолированной медицинской дисциплины. В большинстве случаев туберкулез — это заболевание легких, и по этому признаку его принято относить к числу внутренних болезней. Но широко известно, что туберкулез не щадит ни костей, ни суставов, что гинекологу нередко приходится сталкиваться с туберкулезом тазовых органов, что не меньшее место занимает туберкулез в офтальмологии, дерматологии, урологии, невропатологии и психиатрии. Нет такой клинической дисциплины, в которой в той или иной мере не фигурировал бы туберкулез.

Издавна проблемы психических заболеваний и туберкулеза шли рука об руку. Это сочетание болезней души и тела упоминается еще в древних трактатах. Отмечается значительно большая распространенность туберкулеза у лиц, страдающих психическими заболеваниями и их высокая смертность от этой болезни, которая в 5-12 раз превышает смертность от туберкулеза среди психически здорового населения.

Опасность распространения туберкулеза в Российской Федерации значительно увеличивается при его сочетании с психическими расстройствами, что зачастую связано с низким уровнем санитарно-гигиенической культуры данных пациентов, отсутствием критики к своему состоянию и, как следствие, неправильным подходом к лечению. Согласно данным отечественных зарубежных исследований, по мере повышения уровня заболеваемости туберкулезом, последний все более распространяется среди социально дезадаптированных лиц, в том числе, среди страдающих психическими болезнями, наркоманиями, алкоголизмом [2, 3, 4]. Отмечается взаимное ухудшение течения обоих заболеваний: с одной стороны возникновение хронических, распространенных форм туберкулеза, с другой - более тяжелое течение психических и сопутствующих соматических

заболеваний [5]. Последние часто являются причиной неэффективности лечения туберкулеза. Больные с туберкулезом, состоящие под наблюдением у психиатров и фтизиатров, видимо, являются только "верхушкой айсберга", а большая часть их остается неучтенной, выпадает из поля зрения специалистов.

В структуре Омской психиатрической больницы существует психотуберкулёзное отделение, открытое в 1987 году. Необходимость создания самостоятельного отделения было продиктовано эпидемиологической ситуацией по туберкулёзу и целесообразностью сосредоточения больных туберкулёзом в одном подразделении с целью их изоляции и оказания специализированной помощи. Известно, что психические заболевания, как фактор риска, стоят на втором месте по частоте возникновения туберкулёза лёгких, уступая лишь «тюремной чахотке».

В настоящее время отделение рассчитано на 90 коек. Ежегодно в отделении получают специализированное лечение более 100 пациентов психиатрической больницы. Распределение поступивших по полу и месту проживания приведено на рисунке 1.

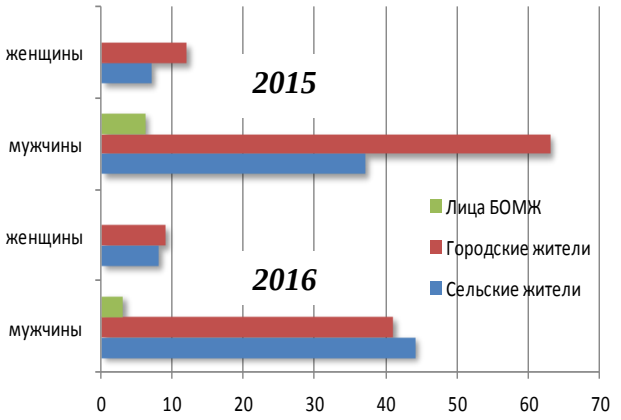


Рисунок 1. Распределение поступивших по полу и месту проживания

Из городских жителей 37% имеют регистрацию в БУЗОО КПБ. В 2016 году большинство поступивших были жителями города. В 2015 году число сельских и городских жителей почти одинаково. Лиц БОМЖ в 2016 году поступило в 2 раза больше, среди них все мужчины. Мужчин среди поступивших большинство.

Таблица 1

Распределение по формам туберкулёза среди поступивших

Признак	2015				2016			
	всего		впервые выявленный		всего		впервые выявленный	
	абс.	*отн.*	*абс.*	*отн.*	*абс.*	*отн.*	*абс.*	*отн.*
Очаговый туберкулёз	3	2,8	3	11,1	4	3,2	4	13,8
Инфильтративный	28	26,6	19	70,3	37	29,6	24	82,7
Диссеминированный	5	4,8	3	11,1	1	0,8	1	3,4
Туберкулёма	2	1,9	-		1	0,8	-	
Кавернозный	-	-	-		-		-	
Фиброзно-кавернозный	5	4,8	-		9	7,2	-	
Цирротический	-	-	-		1	0,8	-	
Казеозная пневмония	1	0,9	1	3,7	-	-	-	
Туберкулёзный менингит	1	0,9	1	3,7	-	-	-	
Клиническое излечение	21	20			31	24,8	-	
Остаточные изменения	28	26,6			35	28	-	
Диагностические	11	10,4			6	4,8		
Всего	105	100%	27	25,7	125	100%	29	23,2%

Среди всех поступивших в 2016 году (таблица 1) с активной формой туберкулёза – 53 человека, что составляет 42,4%, в 2015 – 45 человек, что составляет 43%. В 2016 году диагностических поступило 4,8% – 6 человек, что меньше чем в 2015. С неактивной формой – 24,8 % (31 пациент) и остаточными посттуберкулёзными изменениями – 28 % (35 чел.) По сравнению с прошлым годом поступивших на 20 больных больше; несколько больше было и

больных с неактивной формой туберкулёза (52,8 %). В 2016 году также как и в 2015 среди активных форм туберкулёза преобладает инфильтративный туберкулёзный процесс. Как и среди впервые выявленных. Туберкулёза внелёгочной локализации среди больных в 2016 году не зарегистрировано. В 2015 году выявлен один случай генерализованного туберкулёза в форме туберкулёзного менингита и очагового туберкулёза у больного с ВИЧ- инфекцией, наблюдающегося по 1 «А» группе диспансерного учёта.

С трудностями в работе фтизиатру приходится сталкиваться уже на этапе диагностики. Традиционные клинические методы бывают недостаточно информативны, поэтому неэффективны в выявлении туберкулёза у психически больных. Обусловлено это невозможностью получения достоверных анамнестических данных, частым отсутствием жалоб, кашля, мокроты, бессимптомным началом заболевания, даже при наличии деструктивного туберкулёза. Диагностика туберкулёза затруднена также приёмом нейролептиков, которые приводят к сухости слизистых оболочек, что затрудняет сбор мокроты, а также в некоторых случаях неспособность пациентов выполнять просьбы.

Несмотря на все трудности, в отделении успешно используются все современные методы диагностики, позволяющие «идти в ногу со временем»: помимо, ставшего традиционного рентген-томографического исследования проводится компьютерная томография; как дополнительный к пробе Манту применяется диаскинтест, позволяющий уточнять активность туберкулёзного процесса; мокрота исследуется не только простой микроскопией с окраской по Целю-Нельсену, но и люминисцентным методом с посевом на плотные и жидкие питательные среды (Bactec). Одним из новых методов диагностики, используемом в отделении, является молекулярно-генетический метод – полимеразная цепная реакция (ПЦР), которая позволяет выявить фрагменты генома возбудителя, а также в кратчайшие сроки выявить чувствительность микобактерии к основным противотуберкулёзным препаратам (изониазид и рифампицин), и, соответственно, в более ранние сроки начать оптимальное лечение. Метод ПЦР применяется не только для исследования мокроты, но и других биологических жидкостей, что позволяет выявить внелёгочные локализации туберкулёза. Результаты исследований в 2015-2016 годах представлены в таблице 2.

Таблица 2

Методы диагностики туберкулеза

Признак	***2015***			***2016***		
	всего	полож.	ЛУ/МЛУ*	всего	полож.	ЛУ/МЛУ
Люминисцентный	303	18	-	321	15	-
Методом «Bactec»	300	17	7/6	321	17	8/7
Посев на плотные среды	300	18	7/6	321	17	8/7
ПЦР	12	-	-	6	1	-/1

** ЛУ/МЛУ – лекарственная устойчивость / множественная лекарственная устойчивость.*

Благодаря современным методам исследования удаётся своевременно выявлять туберкулёз на раннем этапе заболевания. Ежегодно увеличивается число выявленных в психиатрической больнице больных, ранее не болевших туберкулёзом.

Среди ранее не болевших туберкулёзом и выявленных при госпитализации в КПБ из 13 случаев (6 наркологических, 7 с психическими заболеваниями)- 1 случай запущенного туберкулёза (диссеминированный с распадом и МБТ+) и 2 случая несвоевременно выявленного туберкулёза - инфильтративный с распадом и МБТ+. Все случаи выявлены у больных с наркологическим анамнезом. Что связано с длительным непрохождением флюорографии, более 2 лет, злоупотреблением алкоголем и асоциальным образом жизни.

В 2015- 2016 годах среди поступивших 35% больных имели отягощенный наркологический анамнез. Именно эта категория больных является основным резервуаром туберкулёзной инфекции, среди которых туберкулёзный процесс имеет запущенную форму и склонность к хронизации процесса. Среди поступивших в 2016 году больных с активной формой туберкулёза распад имели 51% , при этом бацилловыделителей выявлено 49%. Множественную лекарственную устойчивость имели 32% из всех больных, выделяющих МБТ. В 2016 году по сравнению с 2015 годом увеличилось число больных, имеющих туберкулёз в фазе распада с бацилловыделением.

Неблагоприятным фактором является увеличение почти в 3 раза больных с множественной лекарственной устойчивостью. Усугубляет ситуацию увеличение числа больных, имеющих сочетанную ВИЧ- инфекцию.

Режим закрытого отделения делает неизбежным для больных приём противотуберкулёзных препаратов, невозможность приёма алкоголя и наркотических средств, соблюдение режима сна и отдыха. Что позволяет добиться значительных успехов в лечении туберкулёза. Так прекращения бацилловыделения удалось достигнуть у 60% больных, а среди впервые выявленных негативация мокроты отмечена у всех пациентов. Закрытие полостей распада наблюдалось у 66,6% впервые выявленных больных. Низкая эффективность лечения отмечается у больных, имеющих хроническое течение туберкулёза на фоне тяжелого психического заболевания, длительно принимающих психотропные препараты.

Назначение психически больным, страдающим активным туберкулезом легких, среднетерапевтических и высоких доз нейролептиков приводит к развитию иммунодефицита (снижение количества Т-лимфоцитов, угнетение РБТЛ), тканевой гипоксии и вегетативного дисбаланса. У больных, получающих низкие дозы нейролептиков или не получавших их вообще, достоверно чаще отмечается положительная динамика в течении туберкулеза легких (почти у 90 % больных), и в 2 раза реже отрицательная, чем у пациентов, принимающих нейролептики в средних и высоких дозах.

Прием малых доз нейролептиков увеличивает вероятность благоприятного исхода туберкулеза легких в 3 раза по сравнению с теми, кто принимает их в средних и высоких дозах, а отказ от назначения нейролептиков психически больным, страдающим активным туберкулезом легких, повышает вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса в 5 раз.

У пациентов, получающих антидепрессанты в среднетерапевтических дозировках, отрицательная динамика отмечается в 3 раза, а хронизация процесса в 2 раза реже, чем у больных, которым антидепрессанты не назначались. Вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса у пациентов, принимающих антидепрессанты в среднетерапевтических дозах, в 4 раза выше, чем у больных, которым тимоаналептическая терапия не проводилась.

Те же закономерности отмечаются при назначении транквилизаторов. У пациентов, получающих высокие дозы транквилизаторов, положительная динамика в течении туберкулеза отмечается 1,5 раза чаще, чем у больных, не получавших транквилизаторы вообще. У пациентов, принимающих транквилизаторы в средних дозах, выявляется самый низкий процент прогрессирования туберкулезного процесса, почти в 3 раза меньше аналогичного показателя у пациентов, их не получавших. Вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса у больных, не получающих транквилизаторы в 2 раза ниже, чем у тех, кто принимает их в малых дозах, в 3 раза – по сравнению с больными, получавшими средние дозы, и в 5 раз ниже, чем у пациентов, которым транквилизаторы назначались в высоких терапевтических дозировках. Подобные результаты связаны с вегетостабилизирующим действием транквилизаторов и антидепрессантов, которые повышают тонус симпатической нервной системы. Симпатикотония является прогностически благоприятным признаком на всех этапах течения туберкулеза.

Назначение же нейролептиков в высоких и средних терапевтических дозировках приводит к вегетативному дисбалансу с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы, что негативно сказывается на течении туберкулеза легких. Повышение тонуса парасимпатической нервной системы снижает проницаемость гематоэнцефалического барьера, что, в свою очередь, ведет к уменьшению эффективности проводимой психотропной терапии, нарастанию прогредиентности, обострению психического заболевания (в частности шизофрении). В то же время высокие дозы нейролептиков назначаются больным с активной психотической симптоматикой и нестабильным психическим состоянием, которые, по принципу психосоматического параллелизма, оказывают негативное влияние на течение туберкулезного процесса, замыкая порочную спираль.

При лечении пациентов, страдающих психическими расстройствами в сочетании с активным туберкулезом легких, целесообразно использовать монотерапию психотропными средствами, особенно нейролептиками. При необходимости назначения нескольких психотропных препаратов различной направленности действия наиболее рациональным является комбинирование транквилизаторов и антидепрессантов в средних терапевтических дозировках с нейролептиками в минимальных дозах.

Определённые трудности в лечении туберкулёза у больных с психическими расстройствами представляет отсутствие мотивации к лечению в амбулаторных условиях, что приводит к рецидиву туберкулёза и формировании хронического процесса и лекарственной устойчивости. Кроме того, тяжесть психического заболевания вынуждает исключить из лечения основные противотуберкулёзные препараты, оказывающие неблагоприятное влияние на течение психического заболевания, что приводит к увеличению сроков лечения и снижает эффективность. При анализе случаев неэффективности лечения у впервые выявленных больных, было отмечено, что полости распада сохраня-

лись у больных, имеющих диссоциальные расстройства личности. Вероятно, поведенческие расстройства являлись причиной безответственного отношения к лечению. Имеется ли непосредственная связь психического состояния с реактивность организма в этой категории больных, тема для будущих научных исследований.

Профилактика туберкулеза легких у психически больных предусматривает:

– удовлетворительные условия содержания пациентов в психиатрических стационарах и психоневрологических интернатах;

– настороженность у медицинского персонала в отношении туберкулезной инфекции при изменении поведения больных, целенаправленное обследование на наличие туберкулеза легких при нарастании глубины психосоциальной дезадаптации пациентов;

– ежегодное, с периодичностью 2 раза в год, лучевое (рентгенологическое, флюорографическое) обследование больных;

– своевременное обращение к фтизиатру и как можно более ранний перевод в психотуберкулезные отделения психиатрического стационара при выявлении активного туберкулеза легких;

– наблюдение больных из психоневрологических интернатов, находившихся на длительном лечении в условиях психиатрического стационара и лиц БОМЖ с клинически излеченным туберкулезом легких по III группе диспансерного учета в реабилитационно-диагностическом отделении с проведением противорецидивного лечения в течение 3 лет до снятия с фтизиатрического учета;

– госпитализация больных с большими остаточными изменениями и высоким риском рецидива туберкулезного процесса в периоды обострения психического заболевания в реабилитационно-диагностическое отделение, проведение противорецидивных курсов химиотерапии в осенне-весенний период, обеспечение пожизненного наблюдения врачом-фтизиатром.

Несмотря на общее снижение заболеваемости и смертности от туберкулёза в Омской области, заболеваемость среди психически больных остаётся на прежнем уровне. Поэтому вопросам диагностики и наблюдения этой категории больных следует уделить приоритетное внимание.

Литература

1. Зубова, Е. Ю. Дезадаптация и реабилитация психически больных, страдающих туберкулезом легких: дис. … д-ра мед. наук. – Волгоград, 2008. – 44 с.

2. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противоту-беркулезных мероприятий в Российской Федерации».

3. Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. № 1224н.

4. Перельман М. И., Корякин В. А., Богадельникова И. В. Фтизиатрия. – М., 2010. – 520 с

5. Фтизиатрия. Национальное руководство / Под ред. М. И. Перельмана. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 506с.

Клиника психических расстройств

УДК 616.89

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ С ТЕЛЬЦАМИ ЛЕВИ

Т.В. Петрова, А.В. Павликова, Э.Р. Ханафеева

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. Представлено описание больного с деменцией с тельцами Леви. В данном случае описаны расстройства психики и когнитивные нарушения при данной патологии. Диагноз подтвержден результатами МРТ головного мозга с учетом выявляемого симптомокомплекса: паркинсонизм, альцгеймероподобная симптоматика, ранние галлюцинаторные расстройства, ранняя нейрогенная дисфункция мочевого пузыря.

Ключевые слова. Деменция с тельцами Леви.

CLINICAL CASE OF THE DEMENSION WITH THE LEVI BODY

T.V. Petrova, A.V. Pavlikova, E.R. Hanafeeva

Resume. A description of the patient with dementia with Levy bodies is presented. In this case, described disorders of the psyche and cognitive impairment in this pathology. The diagnosis is confirmed by the results of MRI of the brain taking into account the revealed symptom complex: parkinsonism, alzheimer-like symptoms, early hallucinatory disorders, early neurogenic dysfunction of the bladder.

Keywords. Dementia with Levi bodies.

Актуальность

Деменция с тельцами Леви (ДТЛ) - прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, чаще всего начинающееся в пожилом возрасте и проявляющееся нарастающим когнитивным снижением, симптомами паркинсонизма, психотическими нарушениями и вегетативной дисфункцией (5, 8). Подлинная научная история ДТЛ начинается с конца 70-х годов прошлого века. Она связана с именем японского исследователя K. Kosaka (11), описавшего нескольких пациентов с деменцией, у которых при аутопсии в коре больших полушарий были обнаружены тельца Леви. В связи с ДТЛ нельзя не вспомнить и о самом F. Lewy - знаменитом немецком патоморфологе, который в 30-х годах прошлого столетия, спасаясь от нацистов, переехал в США. Главное открытие своей жизни он сделал в 1912 г. в 27-летнем возрасте, работая в Бреслау (Вроцлаве), описав эозинофильные включения в нейронах головного мозга у пациентов с болезнью Паркинсона. F. Lewy обнаружил внутриклеточные включения в моторном ядре блуждающего нерва и ядре Мейнерта, но не в черной субстанции, с поражением которой в настоящее время связывают развитие основных двигательных нарушений. Эту задачу выполнил другой молодой ученый - наш соотечественник К.Н. Третьяков, который в 1917 г., находясь на стажировке в парижской клинике Сальпетриер, описал аналогичные включения в клетках черной субстанции и предложил называть их «тельца Леви» (5).

Эпидемиология

На долю ДТЛ приходится примерно 10-15% всех случаев деменции (5, 23), причем с возрастом доля ДТЛ увеличивается, и у лиц старше 80 лет достигает 25% (23). Заболеваемость ДТЛ у мужчин и женщин примерно равна. Возраст пациентов ко времени начала заболевания может колебаться в широких пределах от 40 до 90 лет (22).

Фредерик Генри Леви (*Frederick Henry Lewey*) 1885-1950

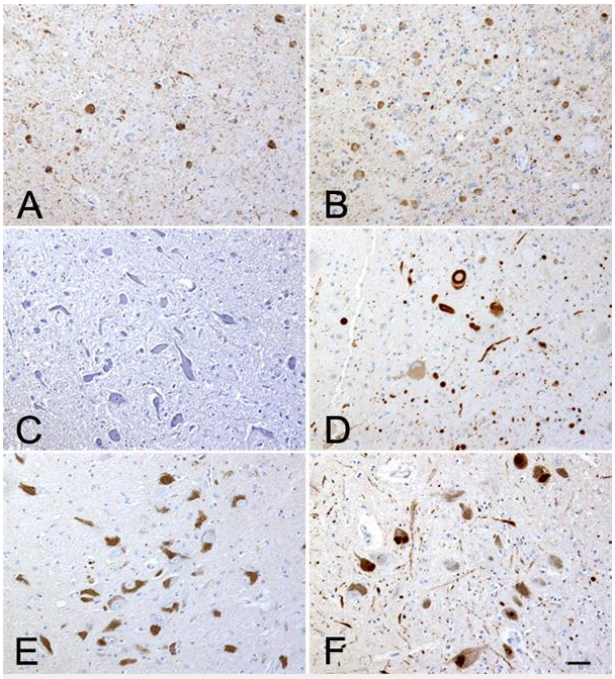
Этиология

Как и при БА[3], большинство случаев ДТЛ носит спорадический характер, тем не менее, складывается впечатление, что семейные случаи при ДТЛ встречаются чаще, чем при БА или сосудистой деменции. Примерно у половины пациентов с ДТЛ выявляются один или несколько родственников первой степени родства, страдавших деменцией или паркинсонизмом. В семейных случаях ДТЛ наблюдается клинический полиморфизм, затрудняющий медико-генетический анализ. Лишь в сравнительно небольшой части семейных случаев ДТЛ выявлены генетические мутации: трипликация гена - синуклеина на хромосоме 4, мутации в гене LRRK2 на хромосоме 12, изменения гена на коротком плече хромосомы 2 (2q35-36), функциональное предназначение которых остается неясным (23).

[3] БА – болезнь Альцгеймера;

Нейроморфология

Макроскопически у большинства больных ДТЛ, как и при множестве других нейродегенеративных заболеваний, выявляется диффузная атрофия мозга с расширением корковых борозд и боковых желудочков, хотя в среднем она менее выражена, чем при БА (14).



Сравнительное иммунореактивное исследование миндалины мозга при болезни Альцгеймера (*A,C, E*) и деменции с тельцами Леви (B,D, F).
Источник: *Validation of the neuropathologic criteria of the third consortium for dementia with Lewy bodies for prospectively diagnosed cases. - Hiroshige Fujishiro,et al. // J. Neuropathol Exp Neurol (2008) 67 (7): 649-656. DOI: https://doi.org/10.1097/NEN.0b013e31817d7a1d*

Развитие деменции при ДТЛ ассоциируется с дегенеративным процессом в новой и лимбической коре, прежде всего в передней поясной, парагиппокампальной извилинах, лобной и теменной областях коры. Как показывают современные методы функциональной нейровизуализации, уже на раннем этапе возникает снижение функции затылочной коры, что может служить одним из дифференциально-диагностических признаков, отличающих ДТЛ от БА. При этом атрофия и микроскопические признаки дегенерации, включая тельца Леви, в затылочной коре оказываются весьма умеренно выраженными. Таким образом, дисфункция затылочной коры, которая может ассоциироваться с ранним развитием зрительно-пространственных нарушений, по-видимому, связана с нарушением нейрохимических процессов (например, холинергической денервации). Развитие паркинсонизма, наблюдаемое у большинства больных ДТЛ, связано с вовлечением в дегенеративный процесс черной субстанции и полосатого тела, расстройства сна - с поражением стволовых структур. Развитие вегетативной дисфункции объясняется как поражением стволовых ядер, так и вовлечением периферических вегетативных структур, что уже на раннем этапе заболевания ведет к вегетативной денервации сердца (8, 14).

Клиника

Спектр клинических проявлений ДТЛ весьма широк и включает когнитивные, психотические, двигательные нарушения, вегетативную дисфункцию, нарушения сна и бодрствования (2, 5, 8, 22). Когнитивное снижение - облигатное проявление ДТЛ. Большинство случаев ДТЛ характеризуется своеобразным нейропсихологическим профилем, в котором переплетаются расстройства подкоркового и коркового характера. На ранней стадии доминируют расстройства нейродинамического и регуляторного типа, ведущими из которых являются нарушения внимания, причем страдают как концентрация, так и устойчивость внимания. Для ДТЛ характерно также раннее и быстрое развитие зрительно-пространственных нарушений, являющихся одной из основных «визитных карточек» заболевания [3]. Поначалу затруднения в выполнении тестов объясняют нарушением внимания, планирования и выполнения сложных конструктивных задач и лишь частично гнозиса. Но по мере прогрессирования заболевания довольно быстро присоединяются нарушения, связанные с дисфункцией зрительных ассоциативных путей. Со временем появляются ошибки зрительного распознавания предметов, знакомых, наконец, близких родственников. Более того, страдает идентификация и самого себя - видя свое отражение в зеркале пациент (обычно на развернутых стадиях ДТЛ) принимает его за другого человека (симптом зеркала). Нарушение регуляторных (лобных) и зрительно-пространственных функций служит одной из основных предпосылок для раннего появления зрительных галлюцинаций. Память при этом остается более сохранной и характеризуется дефектом не запоминания, консолидации и хранения, а, скорее, нарушением поиска и воспроизведения следов, что связано с дисфункцией лобных отделов и относительной интактностью медиальных отделов височных долей. Нередко родственники с удивлением слышат от больного в минуты просветления рассказ о событиях прошлой жизни с такими деталями, о которых сами давно позабыли.

Другой характерной особенностью психического статуса служат флюктуации, характеризующиеся преходящими эпизодами снижения внимания и активности с аспонтанностью, ареактивностью, а иногда и спутанностью сознания. Подобные эпизоды ухудшений могут длиться от нескольких минут до нескольких часов и зачастую ошибочно расцениваются как проявления сосудисто-мозговой недостаточности или как эпилептический феномен. Флюктуации психиче-

ского статуса встречаются и при других формах деменции - сосудистой деменции или БА, но только при ДТЛ они возникают уже на раннем этапе заболевания. При ДТЛ часто возникают и более долговременные флюктуации, характеризующиеся наличием «плохих» и «хороших» дней (флюктуации «второго порядка») или многодневными эпизодами декомпенсации основных проявлений заболевания (флюктуации «третьего порядка»). Эпизоды декомпенсации часто бывают следствием неадекватной терапии, дегидратации, интеркуррентных заболеваний, перегревания, но иногда возникают и спонтанно. В тяжелых случаях они могут закончиться летальным исходом, в более легких - восстановлением прежнего функционального состояния. Но чаще всего восстановление бывает частичным, что переводит пациента «на ступеньку выше» в прогрессирующем течении заболевания.

Психотические нарушения - еще одна типичная, диагностически важная черта ДТЛ, которая нередко оказывает драматическое влияние на последующее течение заболевания (7). Иногда зрительные галлюцинации, считающиеся наиболее характерным вариантом психотических нарушений при ДТЛ, появляются уже в продромальной фазе заболевания, когда собственно еще нет нарушения повседневной активности, позволяющей диагностировать деменцию. Спектр психотических нарушений при ДТЛ включает, наряду со зрительными галлюцинациями, так называемые экстракампинные феномены (ощущения присутствия постороннего или прохождения кого-либо мимо), галлюцинации иных модальностей (слуховые, тактильные, соматические), иллюзии, бредовые синдромы (часто связанные по содержанию с галлюцинациями), синдромы нарушения идентификации (например, синдром Капгра), делирий.

Спектр психопатологических расстройств следует дополнить тревогой и депрессией, часто появляющихся уже на продромальной стадии заболевания, но сохраняющихся и на более поздних стадиях, а также такими состояниями как апатия, возбуждение, расторможенность, которые, как правило, появляются на более поздней стадии заболевания, существенно затрудняя уход за больными.

Двигательные нарушения при ДТЛ характеризуются симптомами паркинсонизма. На ранних стадиях экстрапирамидная патология встречается только у 50% больных и зачастую представлена сравнительно мягкими симптомами. Нередко это вводит в заблуждение врача-невролога, если он поверхностно осмотрел пациента и не обратил внимания на выраженные когнитивные и нейропсихологические расстройства. В результате он ошибочно диагностирует раннюю стадию БП и в соответствии с этим назначает агонисты дофамина, холинолитики и т.д., которые у этой категории больных могут провоцировать психотические нарушения. Далее больной переводится в психиатрическое учреждение, где ему по поводу психоза назначают нейролептики, применение которых даже в минимальных дозах у пациентов с ДТЛ способно привести к резкому ухудшению состояния по типу акинетического криза, заканчивающегося, как минимум, у трети больных летальным исходом.

По мере прогрессирования заболевания частота выявления экстрапирамидных симптомов увеличивается до 80%. Паркинсонизм при ДТЛ характеризуется более частым левосторонним дебютом, ранним развитием аксиальных нарушений (гипомимия, постуральная неустойчивость с частыми падениями, раннее нарушение ходьбы с застываниями, туловищная брадикинезия, камптокормия, дисфония или дизартрия). Нарушения сна и бодрствования могут проявляться у больных ДТЛ задолго до появления других симптомов заболевания. Это, в первую очередь, относится к расстройству поведения («психомоторному возбуждению) в фазе сна с быстрыми движениями глаз. Такие нарушения могут предшествовать другим проявлениям болезни за несколько десятков лет. Еще один нередкий симптом - дневная сонливость.

Раннее развитие вегетативной дисфункции - еще одно из наиболее характерных проявлений ДТЛ, связанное с поражением стволовых вегетативных структур, боковых рогов спинного мозга, периферической вегетативной системы. Наиболее частые вегетативные проявления - нейрокардиоваскулярная нестабильность с ортостатической гипотензией и склонностью к обморокам, нейрогенные нарушения мочеиспускания (учащенное императивное мочеиспускание, никтурия, в последующем частичная задержка или недержание мочи), дисфункция желудочно-кишечного тракта (гастропарез, запоры или диарея).

Диагностика

На сегодняшний день диагностика основывается на анализе всего комплекса клинических признаков и результатов нейропсихологического тестирования при учете в ряде случаев результатов инструментальных методов исследования (23). В пользу ДТЛ, при наличии характерной клинической картины, свидетельствует отсутствие при КТ или МРТ выраженных сосудистых или иных изменений, лучше объясняющих клиническую картину.

При этом допускается умеренная или выраженная диффузная церебральная атрофия с немногочисленными лакунарными очагами и/или умеренным перивентрикулярным лейкоареозом. Выраженность церебральной атрофии и особенно атрофии гиппокампа при ДТЛ может быть существенно ниже, чем при БА, даже при сопоставимой тяжести деменции (9).

Лечение

К сожалению, в настоящее время врачи не располагают средствами, способными приостановить или хотя бы замедлить распространение дегенеративного процесса при ДТЛ. Перспективной представляется разработка препаратов, которые могли бы тормозить агрегацию синуклеина или растворять уже образовавшиеся агрегаты (9). Потенциально полезными при ДТЛ могут быть также средства, тормозящие процессы апоптоза, воспаления, блокирующие синтетазу оксида азота, токсическое действие избытка глутамата.

Современные подходы к лечению заключаются в воздействии не столько на патогенез заболевания в целом, сколько на механизмы развития его симптомов. В связи с этим, планируя лечение, прежде всего, необходимо правильно выбрать «терапевтические мишени», в наибольшей степени влияющие на тяжесть состояния пациента - это могут быть когнитивные, аффективные, психотические, двигательные, вегетативные и другие расстройства. (5).

В настоящее время ингибиторы холинэстеразы являются основной группой препаратов для лечения ДТЛ. Положительный эффект ингибиторов холинэстеразы на когнитивные и нейропсихологические нарушения показан в целом ряде клинических исследований (1, 15, 17). Наиболее хорошо при ДТЛ исследована эффективность ривастигмина. В двух плацебо-контролируемых исследованиях показано, что прием ривастигмина может уменьшать выраженность когнитивных и психотических нарушений у больных ДТЛ. Наиболее четко улучшались внимание и речевая активность (21). Почти у 80% пациентов произошло уменьшение выраженности зрительных галлюцинаций.

Отмечены также уменьшение дневной сонливости, агрессии, тревоги, улучшение повседневной активности, редукция расстройств поведения во сне с быстрыми движениями глаз. Сопоставимые результаты, но в менее масштабных исследованиях, были получены в отношении донепезила и галантамина (4, 12, 24). Ингибиторы холинэстеразы следует назначать при ДТЛ на ранней стадии заболевания, так как это может обеспечить максимальный долгосрочный стабилизирующий эффект.

Альтернативой ингибиторам холинэстеразы может быть модулятор глутаматных NMDA-рецепторов мемантин. В двух плацебо-контролируемых и нескольких открытых исследованиях показано, что препарат существенно ослаблял выраженность нейропсихиатрических и поведенческих нарушений, хотя в меньшей степени влиял на собственно когнитивные нарушения. По некоторым данным, мемантин уменьшает выраженность флюктуаций, способствует нормализации сна и ослаблению орофасциальной дискинезии (6, 13). На стадиях умеренной и тяжелой перспективна комбинация мемантина и ингибитора холинэстеразы - с точки зрения не только эффективности, но и безопасности. У пациентов, принимавших комбинацию двух препаратов, отмечено меньшее число холинергических побочных эффектов, свойственных ингибиторам холинэстеразы, особенно связанных с дисфункцией желудочно-кишечного тракта.

Для коррекции психотических нарушений могут применяться малые дозы клозапина или кветиапина, которые относительно безопасны у больных ДТЛ. При применении других атипичных антипсихотиков риск ухудшения двигательных функций существенно выше. При депрессии препараты выбора - антидепрессанты, не оказывающие холинолитического действия (например, циталопрам, сертралин или венлафаксин). Для лечения паркинсонизма у пациентов с ДТЛ в первую очередь следует использовать препараты леводопы, обладающие наибольшим противопаркинсоническим эффектом и при этом в меньшей степени, чем другие средства, способные провоцировать психотические нарушения (5).

Клиническое наблюдение

Пациент Л. 1948 г.р. (68 лет).

Наследственность психическими заболеваниями отягощена: мать страдала шизофренией. Есть младшая сестра. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее. Закончил физкультурный институт, аспирантуру, докторантуру. На момент госпитализации работал преподавателем кафедры футбола и хоккея, профессор. Женат. Воспитал единственного сына. В анамнезе инфаркт миокарда (2004 г.), оперирован по поводу аппендицита, пупочной грыжи. Туберкулез, вен. заболевания, гепатит, травмы головы отрицает. Аллергический анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания. Со слов пациента и его жены, в период с 2011-2015 г., находился под наблюдением врача невролога с ДЗ: болезнь Паркинсона, получал лечение: наком, мирапекс, прономан. С 09.07.2015 по 21.07.2015 г. находился на стационарном лечении в ГБ-17 с диагнозом: болезнь Паркинсона 2 степени, смешанная форма (акинетико-ригидно-дрожательная), с умеренно-выраженной общей брадикинезией, выраженным тремором правой верхней конечности. Дисциркуляторная энцефалопатия на фоне атеросклероза церебральных сосудов, стадия декомпенсации. Астено-депрессивный синдром. ИБС. ПИКС (2004г.). Атеросклеротический кардиосклероз. АГ 3 риск 4. ХСН 2а. ФК.

В 2015 г. предыдущее антипаркинсоническое лечение отменили, назначили синдопу в дозе 250+25 3 раза в день. Психическое состояние изменилось с июня 2016 г. – появилась галлюцинаторная симптоматика. Находясь дома, стал видеть своих студентов, считал, что находится в аудитории, видел дома детей. Неврологом снижена доза

синдопы. Была рекомендована консультация психиатра, результатом которой стало назначение хлорпротиксена, мемантина, безака. На фоне лечения усилились галлюцинаторные проявления, в связи с чем лечение самостоятельно отменил. Появилась забывчивость, терялся в пространстве, не помнил, где в квартире выключатели, терял вещи. По направлению участкового психиатра былгоспитализирован в стационар ОПБ 30.08.2016, где находился по 06.09.2016г.. В отделении психическое состояние было нестабильным. К вечеру становился дезориентированным, беспокойным, галлюцинировал, оголялся, ложился на пол, ночами плохо спал, утром эпизоды спутанности амнезировал. В течение дня находился в палате, ни с кем не общался, на вопросы отвечал не всегда по существу.

Со 02.09.2016 получал нормотимики, но без эффекта. Условиями отделения тяготился. По настойчивой просьбе пациента, а так же по просьбе его родных из отделения был выписан в ОИЛС для пожилых, где находился по 09.11.2016. В отделении проводился подбор терапии - к лечению добавлен кветиапин. Постепенно состояние улучшилось. На фоне приема кветиапина купировалась галлюцинаторная симптоматика, улучшился сон. Дома оставался пассивным, инертным, ничем особо не занимался, в социальных и бытовых вопросах не ориентировался, нуждался в помощи и уходе, утратил навыки по самообслуживанию, перестал пользоваться туалетом. С целью уточнения диагноза и решения социальных вопросов (МСЭ) поступил в 5-ое психосоматогериатрическое отделение 10.11.16.

Соматический статус. Общее состояние удовлетворительное, достаточного питания. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, влажности. В зеве чисто. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 140/ 70 мм рт.ст. Пульс 70 уд. в минуту. Т° тела в норме. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Отеков нет.

Неврологический статус. Менингеальных знаков нет. Ослаблена конвергенция с 2 сторон. Отмечается умеренный тремор верхних конечностей. Логоневроз. Глазные щели D=S. Язык по центру. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей равномерные. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга неустойчив. Походка медленная, шаркающая.

Психический статус. Сознание сохранено. Понимает, что находится в больнице. Узнал отделение, свою палату, «даже вспомнил некоторых людей по лицам». Речь медленная, подолгу обдумывает слова. Говорит тихим голосом. На вопросы отвечает в плане заданного. Верно дает анамнестические сведения о себе. Ориентирован верно в собственной личности. Назвал правильно свой возраст, текущий год «2016». Долго вспоминал время года, не мог вспомнить зима или осень, долго определялся с датой: «2-е или 6-е число… точно не помню». Рассказал о том, что до сих пор работает преподавателем в университете, заявлял: «Сейчас уже работать конечно не могу». Соглашается, что нужно оформлять группу инвалидности. Фон настроения снижен. Мышление тугоподвижное, темп снижен. Снижены память, интеллект. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляется. Суицидальные мысли категорически отрицает. С гордостью рассказал, что написал 16 книг стихов, высказал желание: «Хочу, чтобы собрали аудиторию и тот, кто умеет нормально говорить, прочитал мои книги». Критические способности к состоянию снижены. На лечение охотно согласился.

Лабораторные обследования. В ОАК понижен уровень гемоглобина до 108 г/л. В биохимическом анализе крови повышен уровень глюкозы до 6,87. (сахарная кривая натощак: 6,14 ммоль/л через 2 часа после еды 7,36 ммоль/л). Маркеры гепатитов, реакция Вассермана - отрицательно. Антитела к ВИЧ не обнаружены.

ЭКГ. Синусовый ритм. ЭОС отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой и выраженными изменениями в миокарде.

Психолог. Выявлены нарушения аттентивно-мнестической сферы, мышления, эмоционально-волевой и личностной сфер в выраженной степени, интеллектуально-мнестическое снижение, низкий уровень обобщения, анализа, синтеза и абстрагирования. Объем памяти сужен, концентрация внимания нарушена. Мышление конкретное в замедленном темпе, малопродуктивное. Эмоционально неустойчив. Импульсивен. Не представляет последствий своих действий, склонен к аффекту, неконтролируемым, бессмысленным действиям. Критика к интеллектуальному дефекту снижена.

Окулист. Начальная катаракта обоих глаз. Ангиосклероз сетчатки.

Повторное описание МРТ пациента (2010 и 2016 гг.).

МРТ головного мозга (2010 г): признаки наружной заместительной гидроцефалии, очаговые изменения вещества мозга дистрофического характера, «пустое турецкое седло».

МРТ головного мозга 15.09.16: МР- признаки сосудистой энцефалопатии.

Динамика состояния в стационаре. В отделении психический статус с момента поступления определялся психотической симптоматикой в виде галлюцинаторных расстройств, эпизодов спутанности сознания. Поведением обнаруживал зрительные галлюцинации, внимательно к чему-то приглядывался, озирался по сторонам, разговаривал с мнимым собеседником. Временами сознание было спутанным, считал, что находится на лекции, со студентами, «читал лекции». Ситуацию не осмысливал. Периодически заявлял, что находится в УВД. Был тревожен. Ждал «шального милиционера». На фоне лечения кветиапином в

сочетании с карбамазепином психотические эпизоды купировались. Плохо переносил нейролептики, в связи с чем по улучшению состояния препараты были отменены. На первый план выступили множественный когнитивный дефицит, социально-бытовая дезадаптация. В отделении пользовался уходом персонала. Периодически докармливался, пользовался памперсами. С учетом выявляемого симптомокомплекса (паркинсонизм + альцгеймероподобная симптоматика + ранние галлюцинаторные расстройства + ранняя нейрогенная дисфункция мочевого пузыря) выставлен диагноз деменция с тельцами Леви.

Консультирован профессором кафедры психиатрии, д.м.н. Ивановой Т.И. 06.12.16, освидетельствован МСЭ, определена 1 группа инвалидности сроком на 2 года (до 01.01.2019 г.). С улучшением состояния из отделения выписался в сопровождении родственников в ОИЛС для пожилых людей для дальнейшего наблюдения и лечения.

Диагностическое заключение. Таким образом, у больного имеется клинический симптомокомплекс, включающий в себя паркинсонизм, альцгеймероподобную симптоматику, ранние галлюцинаторные расстройства, раннюю нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря. По данным нейровизуализации были выявлены МР- признаки сосудистой энцефалопатии, «пустое турецкое седло».

Признаками, подтверждающими данное заболевание, являются возраст пациента, начало болезни (63 года), паркинсонизм, нарушения настроения (астено-депрессивная симптоматика), раннее и быстрое развитие зрительно-пространственных нарушений в продромальном периоде заболевания, снижение когнитивных функций, наличие отягощенной наследственности, флюктуации (преходящие эпизодами снижения внимания и активности с аспонтанностью, ареактивностью, а иногда и спутанностью сознания), характеризующиеся наличием «плохих» и «хороших» дней («второго и третьего» порядка»), нейрогенные нарушения мочеиспускания, плохая переносимость нейролептиков.

Обсуждение. Заболевание нашего пациента началось в возрасте 63 лет с симптомов паркинсонизма, что является одним из критериев ДТЛ. Наблюдался с диагнозом болезни Паркинсона. По МРТ выявлены признаки наружной заместительной гидроцефалии, очаговые изменения вещества мозга дистрофического характера, «пустое турецкое седло». В период с 2011 по 2015 год присоединилась астено-депрессивная симптоматика с когнитивными расстройствами умеренной степени. С июня 2016 г. присоединилась галлюцинаторная симптоматика, эпизоды спутанного сознания, нарастало интеллектуально-мнестическое снижение, в связи с чем впервые находился на лечении в психиатрической больнице с 30.08.16 по 06.09.16 г. Состояние рассматривалось как органическое психотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями (учитывая болезнь Паркинсона, а также отягощенный соматический анамнез). По настойчивой просьбе родственников был выписан из ОПБ для дальнейшего наблюдения и лечения в ОИЛС. В отделении проводился подбор терапии, к лечению назначен кветиапин. Постепенно состояние улучшилось, купировалась галлюцинаторная симптоматика, улучшился сон. Несмотря на это прогрессирующе утяжелялось состояние с присоединением нейрогенных нарушений мочеиспускания, социально-бытовой дезадаптацией, исчезла целенаправленность действий, способность к самообслуживанию. На фоне прогрессирующего заболевания утратил трудоспособность, пользовался больничными листами. С целью уточнения диагноза перед направлением на МСЭ и решения вопроса МСЭ поступил в 5 психосоматогериатрическое отделение в ноябре 2016 года. В отделение психический статус определялся симптомами характерными для ДТЛ (флюктуации третьего порядка, галлюцинаторная симптоматика, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, множественный когнитивный дефицит, социально-бытовая дезадаптация). Выставлен окончательный диагноз: Деменция с тельцами Леви, оформлена группа инвалидности.

Из стационара выписан с улучшением психического состояния под наблюдение психиатра.

Литература

1. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. М.- 2003. С. 319.

2. Левин О.С. Болезнь диффузных телец Леви. Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению. Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. М.- 2002. С 233-256.

3.Левин О.С., Амосова Н.А., Наймушина Т.В., Смоленцева И.Г. Сравнительное клинико-нейропсихологическое исследование больных болезнью Паркинсона и деменцией с тельцами Леви. Журнал неврологии и психиатрии. - 2004. С 37-42.

4. Левин О.С. Эффективность реминила при деменции с тельцами Леви. Журнал неврологии и психиатрии. - 2005. С 10-15.

5. Левин О.С. Деменция с тельцами Леви. Практические вопросы диагностики и лечения. М.- 2006. С 66.

6. Левин О.С., Батукаева Л.А., Смоленцева И.Г., Амосова Н.А. Эффективность и безопасность мемантина при деменции с тельцами Леви. Журнал неврологии и психиатрии. - 2008. С 37-42.

7. Левин О.С., Аникина М.А., Шиндряева Н.Н., Зимнякова О.С. Психотические нарушения при болезни Паркинсона и деменции с тельцами Леви // Журнал неврологии и психиатрии.- 2011. С 82-88.

8. Преображенская И.С., Яхно Н.Н. Деменция с тельцами Леви. // Неврологический журнал. - 2003.С4-11.

9. AarslandD., BallardC., Rongve A. Clinical Trials of Dementia WithLewy Bodies and Parkinson's Disease Dementia. CurrNeurolNeurosciRep .-2012. P. 11910-012-0290-7.

10.Braak H., Rb U., Jansen Steur E.N.H. et al. Cognitive status correlates with neuropathologic stage in Parkinson disease. Neurology.- 2005. Vol. 64.-P. 1404-1410.

11. DSM-V: The Future of Psychiatric Diagnosis. http://www.dsm5.org

Edwards K., Royall D., Hershey L.et al. Efficacy and safety of galantamine in patients with dementia with Lewy bodies: a 24-week open-label study. Dement GeriatrCognDisord.- 2007.Vol. 23. P. 401-405.

12.Emre M., Tsolaki M., Bonuccelli U. et al. Memantine for patients with Parkinson's disease dementia or dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Neurol.- 2010. Vol9. P. 969-977.

13.Gomez-Tortosa E., Newell K., Irizarry M.C. et al. Clinical and quantitative pathologic correlates of dementia with Lewy bodies. Neurology.- 1999. Vol 53. P1284-1291.

14.Graff-Radford J., Boeve F., Pedraza O. et al. Imaging and acetylcholinesterase inhibitor response in dementia with Lewybodies.-2010. Vol 1184.-P. 188-195.

15.Klein J.C., Eggers C., Kalbe E. et al. Neurotransmitter changes in dementia with Lewy bodies and Parkinson disease demen-tia in vivo. Neurology.- 2010. Vol 74.P. 885-892.

16. Kosaka K. Dementia and neuropathology in Lewy body disease. Adv Neurol.- 1993.Vol 60. P456-463.

17.McKeith I.G., Galasko D., Kosaka K. et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies: report of the consortium on DLB workshop. Neurology.-1996. Vol7. P. 1113-1124.

19.McKeith I.G., Del Ser T., Spano P.F. et al. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. Lancet.- 2000. Vol 356. P. 2031-2036.

20. McKeith I.G., Dickson D.W., Lowe J. et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. Neurology 2005; 65: 1863-1872.

McKeith I.G. DLB and PDD: the same or different? Is there a debate? IntPsychogeriatr.- 2009. Vol 21. P. 220-224.

21. Rojas-Fernandez C.H. Successful use of donepezil for the treatment of dementia with Lewy bodies. Ann. Pharmacother.-2001, Vol 35. – P. 202-205.

22.Tiraboschi P., Hansen L.A., Alford M. et al. Early and widespread cholinergic losses differentiate dementia with Lewy bodies from Alzheimer disease. Arch. Gen.Psychiatry. – 2002, Vol59. – P. 946-951.

Психофармакология

УДК: 616-08-035

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.А. Усова, И.В. Напалков, Т.И. Иванова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация. Как известно, депрессивные расстройства относятся к числу широко распространенных заболеваний. У женщин эти расстройства развиваются в 2–3 раза чаще, чем у мужчин, а пик их возникновения приходится на репродуктивный возраст, нередко они наблюдаются в период гестации. В связи с этим возникает проблема рационального подбора антидепрессивной терапии этой группе пациенток.

Ключевые слова: беременность, гестация, антидепрессанты.

RATIONAL THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PREGNANT WOMEN (REVIEW)

A.A. Usova, I.V. Napalkov, T.I. Ivanova

Resume. As is known, depressive disorders are among the widespread diseases. In women, these disorders develop in 2-3 times more often than in men, and the peak of their occurrence falls in the reproductive age, often they are observed in the period of gestation. In this regard, there is the problem of rational selection of antidepressant therapy in this group of patients.

Keywords. Pregnancy, gestation, antidepressants.

Актуальность. Известно, что беременность не оказывает протективного действия как в случае манифеста психических расстройств, так и в отношении их рецидива [10]. По данным различных исследований, большие депрессивные расстройства встречаются у 8–13% беременных женщин, а симптомы депрессии – примерно у каждой пятой беременной [4]. В результате проведения систематического обзора стало известно, что распространенность депрессии составляет приблизительно - 7,4% в I триместре, 12,8% – во II и 12% – в III триместре беременности [3]. В связи с этим мы полагаем, что вопрос лечения пациенток, находящихся на различных сроках беременности, имеет большое практическое значение.

При подборе терапии беременным, страдающим депрессией, следует тщательно соотносить риск и пользу психофармакотерапии и отдавать приоритет назначению наиболее безопасных для матери и плода препаратов. В данном случае препаратами выбора, конечно, будут являться антидепрессанты, которые являются, возможно, одним из самых исследованных классов применяемых при беременности препаратов. Однако, несмотря на изученность антидепрессантов, мнения специалистов по вопросу их назначения и результаты полученных ими исследований во многом расходятся.

Целью данной работы является обзор результатов современных отечественных и зарубежных исследований о применении антидепрессантов в период беременности, определение рисков, связанных с их назначением, а также выделение наиболее безопасных и эффективных препаратов этого класса.

Задачи исследования. Проанализировать сведения о применении различных антидепрессантов в гестационный период, выявить основные нежелательные эффекты, которые данные препараты способны оказывать в этот период, определить приоритетные для использования при беременности антидепрессанты и подходы к их назначению.

Материалы и методы исследования. Проведён теоретический анализ ряда научных работ российских и зарубежных исследователей по вопросам применения антидепрессантов у беременных женщин, их влияния на плод и новорожденного.

Результаты исследования. Нелеченая депрессия во время беременности и в послеродовой период может оказывать существенное негативное влияние на мать и ребенка. Так, по результатам одного из исследований риск невынашивания у женщин с тяжелой депрессией на ранних сроках беременности в два раза превышал таковой у женщин, не страдающих депрессией [10]. Гестационный возраст при рождении у детей матерей, страдающих депрессией, составляет в среднем 35,6 недели по сравнению с 39,4 недели у детей матерей без данного заболевания в анамнезе [9]. Следует также сказать, что депрессивные расстройства зачастую ассоциированы с потреблением алкоголя, курением и приемом других психоактивных веществ, плохим питанием, отсутствием медицинского наблюдения и адекватной помощи в пренатальном периоде (таблица 1).

Таблица 1

Последствия нелеченной в период беременности депрессии для матери и плода/новорожденного [9]

Мать	Новорожденный/плод
Нарушение трезвости суждений, ведущее к некомплаентности в отношении пренатальной помощи	Невынашивание беременности
Курение, прием алкоголя и наркотиков	Преждевременные роды
Плохой аппетит и плохая прибавка в весе	Низкий вес при рождении
Бессонница (частая коморбидность с депрессией)	Тератогенность
Ухудшение депрессии (может привести к развитию симптомов психоза). Психотическая депрессия	Задержка роста плода
Тревога (частая коморбидность с депрессией)	Низкое число баллов по шкале Апгар
Преэклампсия	Повышенный риск развития психических (возможно, и соматических) заболеваний у новорожденных
Неукротимая рвота беременных	?
Суицидальные мысли и суицид	?
Искусственное прерывание беременности	?
Нарушение связи между матерью и ребенком	?
Депрессия в послеродовом периоде	?

В связи с вышеизложенным, поддержание состояния эутимии у матери на протяжении всей гестации и предотвращение рецидива в послеродовом периоде является одной из главных целей лечения депрессии в период беременности.

Трициклические антидепрессанты достаточно широко использовались у беременных на протяжении нескольких десятилетий. Накопленный клинический опыт и результаты эпидемиологических исследований позволяют считать ТЦА относительно безопасными для плода. Повышения риска нарушений моторного развития и нейроповеденческих расстройств в неонатальном и отдаленном периоде у детей, подвергшихся внутриутробному воздействию ТЦА, в ретроспективных и проспективных исследования не отмечалось. Имелись отдельные сообщения о том, что у детей женщин, использовавших в период беременности трициклические антидепрессанты, отмечаются врожденные скелетные аномалии, главным образом пороки развития конечностей [10, 16]. Однако последующее изучение случаев недоразвития конечностей показало, что они не были связаны с использованием антидепрессантов [2]. При использовании антидепрессантов в поздние сроки беременности у новорожденных могут отмечаться функциональные нарушения, связанные, в частности, с холинолитическим действием препаратов: задержка мочи, тахикардия, дыхательные нарушения, периферический цианоз, повышение мышечного тонуса, тремор, клонические подергивания вплоть до судорог [14]. В ряде исследований применение ТЦА во время беременности ассоциировалось с повышением риска невынашивания [7]. Препаратами выбора у беременных среди ТЦА наши американские коллеги считают нортриптилин и дезипрамин. Существует мнение, что ТЦА не являются препаратами первого выбора в силу их большей токсичности, чем СИОЗС [10].

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) являются высокоэффективными и наиболее широко применяемыми в настоящее время антидепрессантами. На дан-

ный момент мнение большинства экспертов сходится в одном — во время беременности стоит избегать приема пароксетина, ввиду того, что его назначение сопряжено с повышением риска возникновения врожденных сердечных аномалий, преимущественно в виде дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок плода [1]. В тоже время некоторые авторы пришли к заключению, что при назначении того же пароксетина риски врожденных аномалий не высоки, а в случаях их возникновения они в большинстве случаев являются довольно легкими и не имеют существенного клинического значения [11]. Назначение пароксетина ассоциировано с достоверным, дозазависимым повышением риска спонтанных абортов [13]. Можно сказать, что применения пароксетина во время беременности действительно рекомендуется избегать, особенно в I триместре, однако не стоит быть категоричными в этом вопросе. Так, в случае, если женщина принимала пароксетин до зачатия и он оказывал выраженное терапевтическое действие, приводя к качественной ремиссии, и при условии что пациентка осведомлена о возможных последствиях связанных с приемом данного препарата во время беременности и готова пойти на риск, возможно рассмотрение вопроса о его применении [10]. Если пациентка и врач согласовали прием пароксетина на ранних сроках беременности, рекомендуется регулярное выполнение эхокардиографии плода [5].

Ряд зарубежных ученых указывает, что при применении СИОЗС во время беременности повышения частоты врожденных дефектов не наблюдается. Другие указывают на повышение частоты трех специфических видов аномалий: анэнцефалии, краниосиностоза и омфалоцеле [18]. Также может наблюдаться повышение частоты преждевременных родов и спонтанных абортов, снижение веса и длины тела новорожденных. Однако причинно-следственная связь между СИОЗС и этими исходами не доказана, ввиду того, что в большинстве проводимых исследований, наблюдались методологические погрешности, которые могли оказать влияние на их результаты [8,17]. Кроме того, невынашивание беременности могло быть обусловлено самим заболеванием.

Беспокойство с точки зрения последствий для ребенка при применении СИОЗС во время беременности вызывают нарушение процесса адаптации в раннем неонатальном периоде [2]. Клинически синдром плохой адаптации новорожденного проявляется тремором, включая ритмический тремор постоянной амплитуды вокруг фиксированной оси, часто сочетающийся с повышением мышечного тонуса и перистальных рефлексов и толчкообразными движениями, нарушениями питания или пищеварения, раздражительностью, ажитацией и угнетением дыхания, в том числе тяжелым, требующим интубации и искусственной вентиляции легких. Однако в большинстве случаев симптомы носят легкий характер и саморазрешаются в течение двух недель [12]. Причина развития синдрома плохой адаптации новорожденного точно не установлена. Немаловажным является тот факт, что у детей, подвергшихся воздействию СИОЗС во второй половине беременности, в шесть раз возрастает риск развития такого осложнения, как персистирующая легочная гипертензия [18]. Для развития данного осложнения имеется патогенетическое обоснование: накопление серотонина в легких плода может вызывать вазоконстрикцию и пролиферацию гладкомышечных клеток легких. СИОЗС могут угнетать функцию тромбоцитов за счет истощения в них запасов серотонина и способствовать развитию кровотечений. Описаны отдельные случаи церебральных кровотечений у новорожденуых, матери которых получали во время беременности СИОЗС [5]. В связи с риском развития данных осложнений некоторые эксперты предлагают отменять антидепрессанты перед родами. Однако такая рекомендация сопряжена с высоким риском рецидива заболевания у матери, тем более, что отмена предлагается в момент, когда женщина приближается к наиболее уязвимому, с точки зрения рецидива, послеродовому периоду [18].

В группе СИОЗС некоторые эксперты рекомендуют в качестве препаратов выбора использовать флуоксетин и циталопрам [35], другие – сертралин [10]. В пользу сертралина также говорит тот факт, что из всех СИОЗС он менее всего проникает через плаценту [17]. Применение пароксетина, как уже было сказано ранее, не рекомендуется.

Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) Применение ИМАО во время беременности не рекомендуется, так как в исследованиях на животных оно приводило к задержке внутриутробного роста, а информация об использовании препаратов этой группы у беременных женщин крайне ограничена [5, 18].

Антидепрессанты других групп. Применение данных препаратов в период гестации нежелательно в силу того, что они плохо изучены, а также в связи с выявленным отрицательным воздействием на течение беременности отдельных антидепрессантов. Так венлафаксин во II триместре беременности, по некоторым данным, ассоциируется с низким для гестационного возраста весом новорожденных. Также венлафаксин, наряду с пароксетином, приводит к достоверному, дозазависимому повышению риска спонтанных абортов [17]. Миртазапин также не рекомендуется назначать по причине повышения риска преждевременных родов и, возможно, спонтанных абортов [9].

Согласно рекомендациям FDA, препаратом выбора из группы гетероциклических антидепрессантов является мапротилин (людиомил), который имеет категорию безопасности B – «нет доказательства риска у людей». Однако отсутствие его тератогенности было доказано в экспериментах над животными, в связи с чем нельзя говорить о полном отсутствии рисков у людей. Следует отметить, что в нашем городе на момент написания данной статьи мапротилин в аптечной сети отсутствует.

Таблица 2

Категории безопасности антидепрессантов по классификации Food and Drug Administration (FDA) [2]

Препарат	Категория безопасности
Три- и тетрациклические антидепрессанты	
Амитриптилин	C
Кломипрамин	C
Дезипрамин	C
Имипрамин	C
Мапротилин	B
Нортриптилин	C
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
Циталопрам	C
Эсциталопрам	C
Флуоксетин	C
Флувоксамин	C
Пароксетин	D
Сертралин	C
Антидепрессанты других групп	
Бупропион	B
Дулоксетин	C
Миртазапин	C
Нефазодон	C
Тразодон	C
Венлафаксин	C

Подход к фармакотерапии депрессии должен быть индивидуальным, однако предпочтение рекомендуется отдавать наиболее хорошо изученным препаратам из группы ТЦА или СИОЗС, по возможности следует применять монотерапию. При их назначении следует помнить о физиологических изменениях, происходящих в организме женщины во время беременности. На их фоне возможно снижение концентрации препарата в крови и ускорение его клиренса, что потребует дальнейшей коррекции лечения [16].

В одном из крупных исследований было показано, что рецидив в период беременности у прекративших прием ЛС перед зачатием наблюдался в 68 % случаев по сравнению с 26 % у женщин, принимавших антидепрессанты на протяжении всей гестации [6]. Примерно 60% женщин, отказавшихся от психофармакотерапии при наступлении беременности, возобновляли прием антидепрессантов по причине развития рецидива, однако далеко не во всех случаях удавалось добиться качественной ремиссии.

Таким образом, у беременных с депрессивными расстройствами в анамнезе риск развития рецидива, как правило, превышает риск нежелательных эффектов, связанных с фармакотерапией.

Выводы

- Нелеченная депрессия во время беременности сопряжена с существенными рисками для здоровья матери и ребенка. Риски, связанные с заболеванием, во многих случаях перевешивают риски, связанные с фармакотерапией.
- У женщин, отказавшихся от лечения, высока вероятность рецидива, наиболее часто это происходит в I триместре.
- Рекомендуется принимать антидепрессанты на протяжении всего периода гестации, однако, во избежание осложнений, затрагивающих плод, некоторые специалисты допускают возможность постепенной отмены антидепрессантов перед родами, что, конечно, может иметь негативные последствия для психического состояния матери.
- Выбор антидепрессантов должен проводиться с учетом индивидуальных особенностей пациентки. Если женщина принимала какой-либо препарат ранее и он приводил к качественной ремиссии, то стоит рассмотреть вопрос о продолжении его приема во время беременности.
- Предпочтение следует отдавать монотерапии.
- Женщинам, ранее не принимавшим антидепрессантов, предпочтение в период беременности следует отдавать препаратам группы СИОЗС (сертралин) и ТЦА (мапротилин).
- Необходимо по возможности избегать применение пароксетина в силу его выявленной тератогенности.
- Изменения фармакокинетики препаратов во время беременности (особенно в III триместре) могут потребовать повышения дозы антидепрессанта.

Литература

1. Bar-Oz B, Einarson T, Einarson A, et al. Paroxetine and congenital malformations: meta-analysis and consideration of potential con founding factors. Clin Ther 2007 May; 29 (5):918-26. 70
2. Armstrong C. ACOG Guidelines on Psychiatric Medication Use During Pregnancy and Lactation Practice Guidelines Am Fam Physician 2008; 78 (6):772-8. 36
3. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstet Gynecol 2004; 103 (4):698-709. 13
4. Benute GR, Nomura RM, Reis JS, et al. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. Clinics (Sao Paulo). 2010;65(11):1127-31. 8
5. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation. ACOG Practice Bulletin Focus 7:385-400, Summer 2009. 2
6. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. JAMA 2006; 295 (5):499-507. 23
7. Einarson A, Choi J, Einarson TR, Koren G. Rates of spontaneous and therapeutic abortions following use of antidepressants in pregnancy: results from a large prospective database. JOGC 2009; 31 (5):452-6. 41
8. Ellfolk M, Malm H. Risks associated with in utero and lactation exposure to selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). Reprod Toxicol. 2010 Sep; 30(2):249-60. 63
9. Kallen B, Olausson PO. Maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitors and persistent pulmonary hypertension of the newborn. Pharmacoepidemiology & Drug Safety 2008;17(8):801-6. 93
10. Li D, Liu L, Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study Hum Reprod 2009; 24(1):146-53. 15
11. Marcus SM, et al. Perinatal Depression: Neuroendocrine and Behavioral Impacts on the Neonate. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33 (2006) A16. 16
12. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. Dialogues Clin Neurosci 2011;13(1):89-100. 21
13. Merlob P, Birk E, Sirota L, et al. Are selective serotonin reuptake inhibitors cardiac teratogens? Echocardiographic screening of newborns with persistent heart murmur. Birth Defects Res. Part A Clin Mol Teratol 2009; 85:837-41. 75
14. Nakhai-Pour HR, Broy P, Bérard A. Use of antidepressants during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. CMAJ 2010 Jul 13; 182(10):1031-7. 65
15. Ramos É, St-André M, Bérard A. Association between antidepressant use during pregnancy and infants born small for gestational age. Can J Psychiatry 2010 Oct;55(10):643-52. 111
16. Романова, И.С. Применение психотропных лекарственных средств в период беременности (практика назначения врачей и рекомендации в соответствии с доказательной медициной) [Текст] / И.С. Романова, И.Н. Кожанова, Л.Н, Гавриленко, М.М. Сачек // Рецепт.— 2015.— № 6 (104).
17. Романова, О.Л. Безопасность применения психотропных средств при беременности [Текст] / О.Л. Романова, Н.В. Стуров // Земский врач.— 2011.— № 2 – С. 34–37.
18. Ушкалова, А.В. Фармакотерапия депрессивных расстройств в период беременности и кормления грудью. Методические рекомендации / А.В. Ушкалова, Е.А. Ушкалова, Е.М. Шифман – М. : Арбат, 2012. – 61 с.

УДК: 616-08-035

ВОРТИОКСЕТИН: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Д.В. Четвериков

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. Значительная распространенность непсихотических депрессивных состояний в населении актуализировала проблему их клинико-социальной гетерономности и, соответственно, дифференцированного лечения. Резистентность к специфическим препаратам обусловлена многими причинами и нередко является основной проблемой лечения данного контингента психически больных. В статье приводится клиническое наблюдение больной с рекуррентным депрессивным расстройством и резистентностью ко многим антидепрессантам, принимающей иннвационный мультимодальный антидепрессант вортиоксетин. Своевременное назначение препарата оказало быстрое качественное влияние на очередной сезонный депрессивный приступ.

Ключевые слова. Резистентность к антидепрессантам, гетерономность депрессий, вортиоксетин.

VORTIOXETIN: NEW PERSPECTIVES IN TREATMENT NON-PSYCHOTIC DEPRESSIONS. CLINICAL CASE

D.V. Chetverikov

Resume. The significant prevalence of nonpsychotic depressive states in the population has actualized the problem of their clinical and social heteronomy and, accordingly, differentiated treatment. Resistance to specific drugs is due to many reasons and is often the main problem of treating this contingent of mentally ill patients. The article presents clinical observation of a patient with recurrent depressive disorder and resistance to many antidepressants taking an innovative multimodal antidepressant vortioxetin. Timely prescription of the drug had a rapid qualitative impact on the next seasonal depressive attack.

Keywords. Resistance to antidepressants, heterogeneity of depressions, vortioxetin.

Начало психофармакологической эры в психиатрии открыло новые перспективы в лечении заболеваний, которые ранее считались абсолютно неизлечимыми. Одновременное внедрение в клиническую практику нескольких принципиально разных групп психофармакологических препаратов существенно изменили как традиционную практику врача-психиатра, так и психосоциальный статус пациентов. Психиатрические больницы перестали быть «домами скорби» и в полной мере обрели терапевтический статус. Однако широкое использование препаратов в 60-70 годы прошлого века актуализировало проблему психофармакологической резистентности, а дальнейшие исследования показали ее глубокий научно-практический смысл. И если на начальных этапах психофармакологической эры данная проблема раскрывалась в контексте больших психозов, то последние двадцать лет в профильных научных работах поднимаются вопросы резистентности непсихотических психических расстройств, в частности – непсихотических депрессий. Несмотря на высокую эффективность антидепрессантов, в среднем 30–60% больных с патологией, относящейся к расстройствам депрессивного спектра, оказываются резистентны к проводимой тимоаналептической терапии [1, 2].

В обзоре В.С. Подкорытова и Ю.Ю. Чайки (2002) [3] указано, что депрессия считается резистентной, если в течение двух последовательных курсов (по 3–4 недели) адекватной монотерапии фармакологически различными препаратами, отмечается отсутствие или недостаточность клинического эффекта (редукция симптоматики по шкале Гамильтона или Монтгомери составляет менее 50%). Адекватной дозой антидепрессанта считается доза, эквивалентная 200 мг имипрамина или 200–300 мг амитриптилина. Авторы указывают, что следует различать абсолютную (истинную, первичную, генетическую) резистентность, возникающую ко всем фармакологическим и немедикаментозным средствам, и псевдорезистентность (вторичную, приобретённую), формирующуюся только к определённым препаратам и их сочетаниям, а также резистентность, связанную с какими-либо побочными эффектами. M. E. Thase, A. J. Rush (1997) [цит. по 3] выделяет пять стадий резистентности.

Первая стадия – неэффективно адекватное лечение одним антидепрессантом любой фармакологической группы (эффект отсутствует у 35–40% больных).

Вторая стадия – неэффективно адекватное лечение двумя антидепрессантами различных фармакологических групп (эффект отсутствует в 35–50% случаев).

Третья стадия – неэффективно адекватное лечение антидепрессантом в комбинации с литием или другим нормотимиком (эффект отсутствует в 52–72%).

Четвёртая стадия – неэффективно лечение гетероциклическим антидепрессантом и тимоаналептиком – обратимым ингибитором МАО или литием и ИМАО (эффект отсутствует в 40% случаев).

В указанном обзоре обращено внимание на то, что проблема резистентных к терапии депрессий – чрезвычайно сложное явление, связанное с четырьмя группами различных факторов.

I. Резистентность, связанная с процессом терапевтического вмешательства.

1. Абсолютная, генетически детерминированная резистентность ко всем медикаментозным и немедикаментозным методам терапии (10–18% больных).

2. Генетически детерминированная толерантность к определённым антидепрессантам вследствие индивидуальных особенностей метаболизма (15–17% больных).

3. Конкурентное взаимодействие антидепрессантов с другими веществами, снижающее терапевтический эффект: кортикостероиды, антагонисты Ca2+-каналов, НПВС.

4. Неадекватное назначение антидепрессантов, несоблюдение пациентами режима терапии (не менее чем у 50% больных).

II. Резистентность, связанная с патопластическими факторами.

5. Наличие сосудистых, эндокринных, других интеркуррентных заболеваний, психогенных расстройств, органического церебрального фона и инволюционного периода.

6. Нециклоидная конституция: шизоидные, истерические, сензитивные, ипохондрические, ананкастные, паранойяльные черты личности и гетерогенная наследственная отягощённость и составляет так называемый дефект темперамента при «периодических дегенеративных психозах».

7. Наличие неблагоприятной социальной ситуации.

III. Резистентность, связанная с самим болезненным процессом.

8. Формирование негативной симптоматики: неспецифическое снижение энергетического потенциала, негативная аффектация, резидуальные астенические состояния, нажитая реактивная лабильность, психопатоподобные или депрессивные изменения личности.

9. Затяжной тип течения депрессивного синдрома с циркулярностью в ремиссиях и медленно нарастающей прогредиентностью с формированием «депрессивного стиля жизни».

10. Устойчивость гетерономных симптомов: обсессивного, ипохондрического, деперсонализационного.

IV. Резистентность, связанная с популяционными закономерностями.

11. Связанная с глобальной фазностью психической патологии.

12. Резистентность, связанная с культуральными факторами.

Указанный широкий спектр причин и типов резистентности к антидепрессантам в настоящее время модифицируется рядом факторов.

1. Активная промоция антидепрессантов среди врачей непсихиатрического профиля часто приводит к неоправданно широкому и неадекватному назначению этих препаратов. Врач, лишенный рутинной психиатрической практики ограничивается констатацией текущей типичной депрессивной симптоматики и не может в полной мере оценить психиатрический анамнез пациента, его личностные особенности, коморбидную психическую патологию, квалифицировать связь аффективных и соматоневрологических расстройств.

2. Нередко у пациентов, а иногда и у врачей, существует боязнь антидепрессантов, что приводит к неоправданно коротким курсам, порой по 1-2 недели, и низким дозам. В нашей практике встречались случаи, когда пациентам в стационаре на пару недель назначались сверхмалые дозы амитриптилина по 5-25 мг в сутки, что не приводило к ожидаемым результатам и формировало разочарование в специфической терапии.

3. Отсроченное антидепрессивное действие большинства препаратов – классическая двухнедельная пауза, часто также негативно влияет на комплаентность пациентов. Отрицание возможностей эффективности лечения депрессии также способствует широкая реклама гомеопатических, «натуральных» и иных имитационных «лекарств», якобы влияющих на «усталость, депрессию и стресс», стигма психически больных и психиатрических клиник, социально-трудовые ограничения у больных, находящихся «на учете» и ряд других факторов.

4. Негативный информационный фон в глобальной сети вокруг психиатрической службы в целом и фармакологического лечения депрессий в частности, формируемый эндогенными психическими больными, антипсихиатрическими структурами и конкурирующими фармацевтическими компаниями также усиливает подозрительность пациентов в отношении специфического лечения.

В работе A. Serretti и C. Fabbri (2014) [4] приводится практически значимый список основных факторов, влияющих на резистентность при непсихотических депрессиях.

• Продолжительность эпизода: чем дольше эпизод депрессии, тем больше атрофии в определенных областях головного мозга (например, гиппокамп); быстро актуализируются когнитивные и поведенческие нарушения;

• Степень тяжести эпизода: так и наиболее тяжелые, так и самые легкие приступы предполагают низкий респонс на антидепрессанты;

Меланхолическая симптоматика и гипоманиакальные эпизоды в анамнезе, т.е. те ситуации, когда течение заболевания наиболее близко к БАР 2 типа;

• Отсутствие симптоматического улучшения в течение первых двух недель с момента начала лечения;

• Коморбидность, особенно умеренные тревожные включения, которые по сути могут быть маскированными смешанными состояниями

• Личностные расстройства, особенно избегающие и пограничные.

• Пожилой возраст.

Таким образом, в рутинной клинической практике врачу приходится учитывать широкий спектр биологических, клинических и психосоциальных факторов при назначении того или иного препарата. Кроме того, углубленное изучение патофизиологических механизмов депрессий и механизмов действия антидепрессивных средств пока, к сожалению, мало что дают практикующему врачу, поскольку не проводят четкие корреляционные связи между структурно-динамическими характеристиками депрессивного синдрома и выбором препарата. Во многих профильных работах предлагаются характеристики «идеального» антидепрессанта – максимально быстрое наступление эффекта, низкий уровень побочных явлений, отсутствие возможных соматических, неврологических и психиатрических осложнений, включая инверсию фазы при скрытой биполярности. Кроме того «идеальный» препарат должен быть комплаентен, не вызывать толератности, быть нетоксичным при передозировке, эффективным в фиксированных дозах при однократном суточном приеме, недорогим, не влиять на сексуальную активность, пищевое поведение, сон и социальные функции – вождение автомобиля, принятие важных решений, коммуникативность, повседневные бытовые задачи и пр. Вокруг него не должен быть сформирован негативный «информационный шум», как в случае с СИОЗС.

В связи с вышеизложенным, появление нового мультимодального антидепрессанта вортиоксетина было воспринято нами со сдержанным оптимизмом, который оправдался в течении весьма непродолжительного времени. В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение.

Больная Мария А. 59 лет. Жительница г. Омска. Получает консультативно-лечебную помощь в Психотерапевтическом амбулаторном отделении с 2012 года.

Анамнез жизни. Наследственность психопатологически отягощена. Дядя по линии матери в юности злоупотреблял спиртными напитками, был склонен к одиночному пьянству, умер в состоянии алкогольного опьянения – «замерз, когда шел с завода пьяный». Родилась в Одесском районе Омской области от здоровых молодых родителей. Есть брат с которым пациентка отношений не поддерживает: «он как в молодости уехал на Дальний Восток, так и практические с нами не связывается». В раннем детстве воспитывалась бабушкой. Детский сад не посещала. В семилетнем возрасте семья перебралась в город Омск: «на селе было трудно с работой». Закончила 10 классов. В школьные годы отличалась тихим и робким характером, не могла за себя постоять, читать не любила, из предпочитаемых предметов называет «трудовое обучение». Серьезных конфликтов не было. После 10 классов закончила училище по специальности «швея-мотористка». До пенсии работала преимущественно на офисных работах. Работай особо не интересовалась: «лишь бы деньги платили, муж хорошо зарабатывал». В 18 лет вышла замуж, но «мужа не любила, просто парень, живший по соседству, вернулся из армии и сделал мне предложение. Я и согласилась». Интимная жизнь скудна: «один-два раза в месяц по настоянию мужа, а после 40 лет мне и не надо было». Когда пациентке было 22 года родилась дочь. В настоящее время дочь проживает за рубежом. Очень тепло относится к матери, неоднократно приезжала в Омск, приглашала к себе.

В течении жизни отличалось «робким» характером. В семье «главным был муж», он обеспечивал семью материально, «ездил на вахту». Около 7 лет назад муж скоропостижно скончался от острой сердечной недостаточности. Наша больная отмечает, что получив известие о смерти супруга особо не переживала, «даже как-то легче стало, поплакала для чести». К тому времени пациентка уже находилась на пенсии, финансовых проблем не испытывала, жила «тихой и спокойной жизнью». В настоящее время проживает одна в однокомнатной благоустроенной квартире. Одиночеством не тяготится.

Месячные с 15 лет, в настоящее время в менопаузе. Беременности три, – два мед.аборта и одни физиологические роды. Отмечают что в течение последних трех лет стали беспокоить периодические подъемы артериального давления. По рекомендации врача-терапевта регулярно принимает Эналаприл в дозе 5 миллиграмм в сутки. При плановом медицинском обследовании выявлен повышенный уровень холестерина в крови до 6,1 ммоль на литр, регулярно принимают розувастатин в дозе 5 мг в сутки. Инфекционный анамнез не отягощен. Не курит, алкоголь практически не употребляет.

Анамнез заболевания. Первый очерченный депрессивный приступ у пациентки отмечался в 2012 году. При описании данного состояния пациентка указывает на беспричинность расстройства. В феврале 2012 года без видимой причины снизилось настроение, был резкий упадок сил, нарушения ночного сна: «в течение 3 недель сон пропал совершенно,… ничего не могла делать по дому, хотя понимала что надо поддерживать чистоту,.. всегда была чистоплотной. Просто сидела и смотрела в одну точку». По настоянию соседки, с которой поддерживает давние теплые отношения, обратилась к врачу-неврологу по месту жительства. Состояние было расценено как «Дисциркуляторная энцефалопатия I степени», назначена массивная инфузионная терапия, а также эсциталопрам (селектра) в дозе 10 милли-

грамм в сутки. После первого приема препарата почувствовала резкую пульсирующую головную боль в висках, головокружение, была обильная неоднократная диарея, выраженный тремор конечностей. По рекомендации врача сократила дозу до 5 миллиграмм в сутки. Однако негативные побочные явления проявлялись на протяжении 3 недель. После 3 недель регулярного приема стало «совсем невозможно», был постоянный понос, «трясло как пьяную». Вместе с тем отмечает некоторое улучшение настроения. Прекратила прием препаратов. Отмечает субъективное улучшение «общего состояния, однако сон не восстановился,.. плохо спала», преимущественно за счёт ранних утренних пробуждений.

Следующее обострение связывает с серьезными проблемами со здоровьем у дочери. В августе 2012 года узнала, что дочь страдает онкологическим заболеванием. Очень переживала по этому поводу. «Совсем пропал сон», нарушился аппетит, появились интенсивные головные боли. Вновь обратилась к врачу-неврологу, который рекомендовал пациентке принимать пароксетин в дозе 10 миллиграмм в сутки отмечает что также на протяжении 2 недель «рвало, тошнило, пища не держалась,.. всю трясло». Была вынуждена отказаться от приема препарата.

В ноябре 2012 года впервые обратилась психиатрическую больницу для амбулаторно-поликлинической помощи. При осмотре ориентировка во всех видах сохранена. В клинической картине превалируют симптомы аффективного расстройства по типу апатической депрессии – вялость, апатичность, скудность мимических реакций, заторможенность моторики, некоторая слабость голоса. Аутодеструктивной активности не выявлено. Выражение лица печальное, с трудом сдерживает слезы. Жалуется на постоянные головные боли, особенно в ночное время, сообщила, что иногда «просыпаюсь от головной боли, потом не могу уснуть. Масса тела составляла 65 килограмм при росте 168 сантиметров. Была рекомендована госпитализация в отделение непсихотических расстройств, от чего она категорически отказалась. Амбулаторно был назначен азафен в дозе 75 миллиграмм в сутки с последующим увеличением до 150 миллиграмм в сутки и сульпирид (эглонил) по 50 миллиграмм 2 раза в день. Следующее обращение через 16 дней. Отмечает, что стала немного более активнее, но «пока улучшения нет», с трудом справляется с бытовыми обязанностями. Предъявляет жалобы на дискомфорт в области молочных желез, скудные выделения из них, увеличение массы тела до 3 килограмм, усиление аппетита. Уровень пролактина в крови составил 1489 мкМЕ/л. Сульпирид отменен, назначен каберголин (достинекс) по 0,5 мг дважды в неделю на 4 недели. Уровень пролактина в течении месяца опустился до нормального уровня, клинические проявления гиперпролактинемического синдрома купировались. Настойчивые попытки назначить нормотимические препараты (карбамазепин, ламотриджин, вальпроаты) не встретили должного отклика: «я в Интернете прочитала, что они от эпилепсии, я же не припадочная». Клинически значимое улучшение состояния наступило через 3-4 месяца регулярного приема пипофезина в дозе 150 мг в сутки, к марту 2013 года. Стала активнее, «появился свет, радость в жизни». На протяжении всего 2013 года регулярно посещала врача, препарат принимала нерегулярно, неоднократно самостоятельно пыталась снизить дозу. Сохранялся преимущественно ангедонический компонент депрессивного синдрома. Скудный и отсроченный эффект создавал впечатление о спонтанном купировании депрессивной фазы.

В 2013-2016 годах – клишированные обострения заболевания. Актуализация депрессивной симптоматики по типу апатической депрессии наступала в осенне-зимний период, в иное время сохранялась флюктуирующая аффективная симптоматика. Пациентка категорически отказывалась от рекомендуемого адъювантного лечения (нормотимики, нейролептики), предпочитая принимать исключительно антидепрессивные препараты. В этот период назначался сертралин (золофт) до 100 мг и комбинация сертралина 50 мг в сутки с анафранилом до 100 мг в сутки (2013), пиразидол до 150 мг в сутки (2014) и дулоксетин (симбалта) 60 мг в сутки (2014), флувоксамин (феварин) до 100 мг в сутки, имипрамин (мелипрамин) до 200 мг в сутки, венлафаксин до 225 мг в сутки (150 мг велаксин-ретард и 75 велаксин). На три препарата наблюдались побочные явления, которые стали причиной отказа больной от их дальнейшего приема – амитриптилин в дозе 75 мг в сутки, милнаципран (иксел) в дозе 25 мг в сутки и агомелатин (вальдоксан) в дозе 25 мг вечером. Респонс на все препараты был отставленным, длительностью до месяца, затем постепенно, на протяжении 2-3 месяцев на амбулаторном приеме реакции становились более живыми, активизировалась в социально-бытовом плане, актуализировала коммуникативные связи, появлялась заинтересованность в дочери. Посещала врача регулярно, 2-3 раза в месяц до мая 2016 года, затем звонила и сообщала, «что у меня все хорошо».

22 ноября 2016 года обратилась в клинику в сопровождении соседки. Состояние изменилось около месяца назад, практически перестала выходить из дома, много времени проводила в постели, мало питалась, постоянно выключала мобильный телефон. На приеме вяла, заторможена, активно беседу не поддерживает. Макияжем не пользуется, волосы седые, с остатками краски. Мышление в замедленном темпе. Говорит тихим голосом, тяжело вздыхает. Мимические реакции скудные. Постоянно облизывает губы, потирает лицо. Суицидальные реакции не выявляются.

Галлюцинаций нет. Отчетливых бредовых идей не дифференцируется. «Опять у меня болезнь наступила, я как под прессом нахожусь». Настроение отчетливо снижено. Сон до 16 часов в сутки, «даже не сплю, а просто лежу в постели, ни о чем не думаю, просто пережидаю время». Свое состояние оценивает критично. К перспективам лечения пессимистична: «я уже все перепробовала, мне ничего не помогает». От стационарного лечения категорически отказалась.

Диагноз. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени без соматических симптомов. F33.10 (МКБ-10).

Назначен вортиоксетин (бринтелликс) в стартовой дозе 5 мг в сутки с увеличением дозы до 10 мг через 4 дня. В начале декабря пациентка позвонила и сообщила, что «стало намного лучше», записалась на прием. Посетила клинику 2 декабря 2016 года самостоятельно, без сопровождения. В кабинет зашла уверенно. Обращает внимание не очень умелый скромный макияж, волосы чистые, прокрашенные, одежда опрятная, подобрана по стилю. Выглядит моложе лет на 10 в сравнении с прошлым приемом. Тепло поздоровалась с доктором. Мимические реакции адекватны ситуации. Спокойна, рассудительна. На вопросы отвечает в плане заданного, подробно, спонтанной вербальной продукции не отмечено. Отмечает субъективное улучшение состояния, восстановление ритма сон-бодрствование, повышение социальной активности: «звоню дочери, долго с ней говорим… хожу к соседке, даже в кино с ней сходили… посидели до ночи, по рюмочке выпили по-бабски, … как-то душевно». Настроение стабильно оптимистичное. «такое ощущение, что пять лет спала, а сейчас проснулась». Сохраняется сниженным аппетит. Гипотимических расстройств не выявляется. Строит планы на будущее, «летом надо дачей заниматься… к дочери съездить, не видела ее уже три года». Улучшение состояния с препаратом не связывает, «не хочу думать о прошлом, что было, то было, просто буду пить лекарства». В дальнейшем дважды записывалась на прием, но клинику не посещала, перезванивала и сообщала, что «много дел… у меня все нормально». Консультирована 15 февраля 2017 года. В психическом статусе депрессивных расстройств не выявлено. Продолжает вести обычный образ жизни, живо рассказывает о жизни дочери в США, которую собирается посетить в апреле, «я раньше боялась летать так далеко… но билеты купила, теперь точно полечу». На вопросы о прошлых депрессивных расстройствах предпочитает не говорить, «ну болела, зато сейчас выздоровела». Препарат принимает аккуратно, попытки самостоятельной отмены не выявлены.

В приведенном клиническом наблюдении прослеживается достаточно типичная клиническая динамика эндогенной рекуррентной депрессии с поздним дебютом. Обращает на себя внимание резистентность патологического процесса к проводимому лечению антидепрессантами. На наш взгляд, индивидуальный генетически детерминированный низкий респонс на препараты связан также с избирательным отношением больной к назначаемому лечению, в частности – с негативным отношением к адъювантной психофармакотерапии. Подобные явления в целом характерны для ипохондричных депрессивных больных, а в настоящее время нередко усиливаются искаженной информацией, которые пациенты черпают из сомнительных Интернет-ресурсов. Когнитивные искажения у личности, находящейся в депрессии, приводят к акценту на реальных и мнимых побочных эффектах препаратов, противопоказаниях, но никак на основном антидепрессивном эффекте. Практикующие врачи могут поразному относиться к этому, но сбрасывать со счетов «информационный шум» вокруг психофармакологии, бесконтрольный антипсихиатрический контент в глобальной сети, на наш взгляд, недальновидно.

В случаях, аналогичных приведенному клиническому описанию, у пациентов с большим «опытом» приема препаратов, достижение нужного эффекта возможно при подборе антидепрессантов, их доз и комбинаций. В этом отношении литературные данные свидетельствуют, что вортиоксетин, относящийся к мультимодальным антидепрессантам, ингибирует обратный захват серотонина и непосредственно связывается с несколькими подтипами серотониновых рецепторов. Предполагается, что следствием такого механизма действия является повышение эффективности, улучшение переносимости и ускорение наступления терапевтических эффектов. Это и вполне отчетливо показано в нашем клиническом наблюдении. Своевременное назначение препарата оказало быстрое купирующее влияние на очередной сезонный депрессивный приступ.

Также весьма интересным и перспективным направлением использования мультимодальных антидепрессантов является заявленный разработчиками «прокогнитивный» эффект в рамках концепции «когнитивной ремиссии».

В заключение отметим, что значительная распространенность непсихотических депрессивных состояний в населении актуализировала проблему их клинико-социальной гетерономности и, соответственно, дифференцированного лечения. Резистентность к специфическим препаратам обусловлена многими причинами и нередко является основной проблемой лечения данного контингента психически больных. Эти пациенты по клинико-демографическим характеристикам являются одной из наиболее благоприятных групп в плане социального восстановления. Внедрение новых препаратов и иных стратегий преодоления резистентности открывают широкие перспективы повышения качества специализированной психиатрической помощи.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ

1. Ингибиторы моноаминоксидазы

1.1. Неселективные необратимые ИМАО

Ипрониазид Ниаламид Изокарбоксазид

1.2. Обратимые селективные ингибиторы МАО-А

Моклобемид Пирлиндол Бефол

1.3. Необратимые селективные ингибиторы МАО-Б

Селегилин Разагилин Паргилин

2. Неселективные блокаторы обратного нейронального захвата моноаминов

2.1 Трициклические антидепрессанты

Амитриптилин Кломипрамин Имипрамин
Тримипрамин Доксепин Дотиепин
Пипофезин Дезипрамин Нортриптилин

2.2 Атипичные трициклики

Тианептин Аминептин

2.3 Гетероциклические антидепрессанты

Пиразидол Метралиндол

3. Селективные ингибиторы обратного нейронального захвата

3.1. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

Флуоксетин Пароксетин Циталопрам
Эсциталопрам Сертралин Флувоксамин
Вилазодон Дапоксетин

3.2 Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина

Ребоксетин Атомоксетин

3.3 Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

Венлафаксин Дулоксетин Милнаципран

3.4 Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и дофамина

Бупропион

3.5. Модуляторы и стимуляторы серотонина и катехоламинов (мультимодальные антидепрессанты)

Вортиоксетин[4]

4. Агонисты рецепторов моноаминов

4.1 Норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты

Миансерин Миртазапин

4.2 Специфические серотонинергические антидепрессанты

Тразодон Нефазодон

5. Мелатонинергический антидепрессант

Агомелатин

Литература

1. Maria A. Inadequacy of antidepressant treatment of patients with major depression who are at risk for suicidal behavior // American Journal of Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 190–194.

2. Nierenberg A. A. Treatment-resistant depression in the age of serotonin // Psychiatry Ann. — 1994. — Vol. 24, № 5. — P. 217–219.

3. Подкорытов В. С., Чайка Ю.Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.

4. Serretti A., Fabbri C. Factors that predispose patients to treatment-resistant depression. – Psychiatric Times. – 2014. – http://www.psychiatrictimes.com/special-reports/factors-predispose-patients-treatment-resistant-depression

[4] Принципиальным отличием вортиоксетина от СИОЗС является не только быстрое и выраженное повышение уровня синаптического серотонина, но и повышение высвобождения катехоламинов (норадреналина и дофамина). СИОЗС же снижают уровень катехоламинов, вызывая симптомы дефицита положительных эмоций и мотивации, когнитивные нарушения. Помимо увеличения высвобождения трех моноаминов, вортиоксетин повышает корковый уровень ацетилхолина и гистамина.

Клиническая психология

УДК 616.895.8 + 1599:616.895.8

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ДЕБЮТЕ ШИЗОФРЕНИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «ПИКТОГРАММЫ»

Т.А. Майорова[1], М.А. Воронов[1], И.А. Горьковой[1], М.А. Беребин[2], А.Ю. Рязанова[3]

[1] *Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»*

[2] *Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный университет» (национальный исследовательский университет)*

[3] *Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1»*

Аннотация. Описаны материалы теоретического и эмпирического исследования методом наблюдения особенностей поведения больных шизофрений при выполнении ими методики «Пиктограмма». Выделены и описаны поведенческие 5 симптомокомплексов, доступных наблюдению при проведении экспериментально-психологического исследования, включающих в себя 36 наиболее информативных индикаторов. Описано содержание оцениваемых в процессе психодиагностики характеристик позы, мимики и жестикуляции, речевого поведения, его эмоционального тона и целенаправленности. Представлен сравнительный анализ данных эмпирического исследования, свидетельствующий о специфических проявлениях поведения больных с дебютом шизофрении при выполнении методики «Пиктограмма». Описываются выраженные невербальные проявления формального, пассивно-негативного отношения к обследованию, особенности позы, мимики, жестикуляции, речевого поведения таких больных.

Ключевые слова. Медицинская психодиагностика, методика «Пиктограмма», метод клинического наблюдения, психологическая диагностика больных шизофренией.

PECULIARITIES OF THE BEHAVIOR OF PATIENTS IN THE DEBUT OF SCHIZOPHRENIYA IN THE EXPERIMENTAL-PSYCHOLOGICAL TECHNIQUE OF THE "PICTOGRAM"

T.A. Mayorova, M.A. Voronov, I.A. Gor'kovoy, M.A. Berebin, A.Y. Ryazanova

Resume. As the title implies the article describes theoretical and empirical research materials by observation of the schizophrenics's behavior in the performance of the method "Pictogram". It is found and described 5 behavioral symptoms, observable during the experimental psychological studies, including 36 of the most informative indicators. There is noted the content of characteristics the posture, facial expressions and gesticulation, verbal behavior, its emotional tone and focus, what were evaluated in the course of psychodiagnostics. It is reported the comparative data analysis of empirical research showing the specific debut schizophrenics's behavior in the performance of the method "Pictogram". It is described the evident non-verbal manifestations of formal, passive-negative attitudes towards surveys, posture features, facial expressions, gestures, verbal behavior of such patients.

Keywords. Medical psychodiagnostic, the method "Pictogram", the method of clinical observation, the psychological diagnosis of schizophrenics.

Теоретические аспекты проблемы

Одной из задач современной медицинской психодиагностики является разработка новых технологий психодиагностических исследований с помощью известных, хорошо зарекомендовавших себя в клинической практике методик с целью получения новых информативных данных, а также создание новых систем их интерпретации (Вассерман, 2003). Одной из областей современной психиатрии, для которой такие задачи являются весьма актуальными, является клиника шизофрении. С одной стороны, состав использующихся для психологической диагностики специфических для этого расстройства психических нарушений уже стал традиционным. Отметим, что одной из самых часто используемых при этом является методика «Пиктограмма». С другой стороны, наблюдающийся в последние годы существенный патоморфоз клиники шизофрении, связанный, в частности, с широким применением нейролептиков нового поколения приводит к существенному изменению ранее патогномоничных для это расстройства психопатологических симптомов и патопсихологических феноменов. Все это создает дополнительные сложности для их психологической диагностики. С третьей стороны, в современных условиях развития психиатрии расширяется круг ситуаций, в которых психологическая диагностика ранее не проводилась. В частности, среди таких задач сегодня является лечебно-диагностическая работа при первом

психотическом эпизоде в рамках шизофренического процесса.

Особенности диагностики больных шизофренией, в том числе перенесших первый приступ психоза шизофренического круга (так называемый первый эпизод), обусловлены характерными для них коммуникативными нарушениями и, зачастую, отсутствием критичности. Наиболее четко такие нарушения и стратегии поведения проявляются прежде всего при экспериментально-психологических исследованиях, и, опосредованно (помимо собственно результатов патопсихологических проб) подтверждают наличие изменений, специфических для шизофренического патопсихологического синдрома. В то же время очевидна потребность в методическом оснащении инструментарием, позволяющим получить неэкспериментальным путем большой круг информативных клинико-психологических и тестовых данных.

Традиционно в психологической диагностике расстройств шизофренического круга применяется методика «Пикограммы», о потенциале и роли в психодиагностики шизофренического синдрома существует множество публикаций (Зейгарник, 1986; Демянова, 2014; Критская, 1991; Лонгинова, 1998; Поля-ков, 1974; Чебакова, 2011; Чередникова, 2011 и др.). Однако проективный потенциал этой методики используется преимущественно для выявления нарушений мышления. При этом клинико-психологическая характеристика получаемых с ее помощью данных при шизофрении опирается на оценку, во-первых, содержания образа (рисунка) и, во-вторых, процесса его построения (фактически – использующихся при объяснении вербальных конструкций и стоящих за ними значений и смыслов). Такого рода данные фиксируются по итогам клинической беседы либо клинического интервью (Квале, 2003) и интерпретируются в определенной классификационной системе (например, в системе «абстрактные – конкретные», «выбранные формально – индивидуально-значимые», «стандартные – оригинальные», «адекватные – неадекватные» и т. п.).

Отметим, что клиническая беседа является только одним экспертных или клинических методов, описываемых в классификации Л.И. Вассермана и О.Ю. Щелковой (Вассерман, 2003). Естественным выгладит в такой ситуации и желание (необходимость) дополнения полученных традиционным методом материалов данными других экспертных методов, в частности, с помощью метода клинического наблюдения.

Значение метода наблюдения в постановке диагноза психических расстройств иллюстрируется достаточно наглядным примером: наличие или отсутствие психических нарушений у глухих и(или) немых взрослых либо плохоговорящих маленьких детей, а также с говорящими на неизвестном психиатру языке людьми определяется на основании только описаний наблюдаемого поведения. В силу этого возникает необходимость специального обучения психиатров и психологов распознаванию знаков поведения, выделению индикативных и патогномоничных деталей невербального характера. Традиционно к таким индикаторам относятся моторные паттерны мимики, позы и жеста, а также комплексов локомоторных манипуляций с предметами, невербальные корреляты общения. Важно, что исследование таких проявлений, как правило, не требует специального оборудования, и чаще всего основано на относительно простых способах письменной, аудио- и видеорегистрации. Метод наблюдения в целом традиционно достаточно часто применяется при исследовании психических больных. Полученные при этом данные классифицируются по определенной их типологии (Таннус, 1988), например, систематизации нарушений мимики улыбки (Таннус, 1986), либо, например, психодиагностической роли жестов (Кириленко, 1987). В любом случае обобщенная картина невербальных и иных «не прямых» (по отношению к измеряемым психодиагностической методикой характеристикам целевого конструкта) данных может выступать важным диагностическим критерием психической патологии, выявляемым «прямым» (в рамках конструктной валидности) методом.

Система интерпретации регистрируемых результатов по методике «Пиктограмма» достаточно формализована, что позволяет выразить их в виде определенного набора количественных показателей. Вместе с тем, отмеченный выше тренд патоморфоза шизофрении требует обратить внимание и на качественную характеристику клинических проявлений этого расстройства. При этом среди качественных характеристик в первую очередь следует выбрать наиболее доступные квалифицированному наблюдению.

Вышеизложенное легло в основу исследования, направленного на определение наиболее информативных особенностей поведения и познавательной деятельности у больных шизофренией. Одной из задач исследования являлась разработка схемы наблюдения за проявлениями поведенческих реакций, демонстрируемых при выполнении методики «Пиктограмма». Эмпирическая проверка полученных на теоретическом этапе исследования результатов проводилась посредством сравнения данных обследования здоровых лиц и страдающих шизофрений пациентов.

Теоретический этап исследования

Исходным для отбора наблюдаемых поведенческих признаков являлись различного рода глоссарии, тезаурусы, например, специальные глоссарии невербальных коммуникаций (Самохвалов, 2002), используемые чаще всего в рам-

ках так называемой общей этографиче-ской1 схемы исследования в виде этограмм – описаний последовательно разворачивающихся паттернов поведения в их вариативности и динамике при неэкспериментальном психологическом исследовании.

Исследование содержания общего контекста невербального поведения пациентов при выполнении методики «Пиктограмма» опиралось на предложенную В.П. Самохваловым (2002) систему оценки проявлений моторного и речевого поведения. В этой системе выделяются элементы поведения – знаки, единичные акты, моторные комплексы, рассматриваемые как корреляты определенных симптомов и синдромов, а также определяются особенности контекста, в котором проявляются сложные формы поведения. На этом этапе из исходного тезауруса (глоссария) производился отбор индикативных показателей, способных:

1) дифференцированно характеризовать поведение здоровых лиц и пациентов с расстройствами шизофренического спектра;

2) очевидно и специфически проявляться при выполнении именно методики «Пиктограмма»;

3) быть однозначно зарегистрованными и проинтерпретированными при их наличии либо отсутствии, а также в силу особенностей их проявления при выполнении больными шизофренией методики «Пиктограмма».

Так, при выборе специфических поведенческих характеристик в составе моторных комплексов первоначально рассматривались, но были исключены, например, насильственные, судорожные и тикозные движения; нарушения координации; яктации и психомоторное возбуждение. В итоге наиболее информативными были признаны, в том числе, характерные для больных шизофренией проявления неадекватного поведения в ответ на внешние раздражители (так называемые парапраксии). К последним принято относить выглядящие неадекватными действия (например, манерность, аффективно-демонстративная импульсивность), негативизм, амбитендентность, мимоговорение и т. п. Дополнительным аргументом является тот факт, что парапраксии рассматриваются в психиатрии как проявления дезинтеграции психики, иллюстрирующие ее расщепление при шизофрении.

Среди нарушений моторики при шизофрении рассматривались особенности пантомимики: потеря грациозности движений, проявляющаяся прежде всего их неестественностью, дисгармоничностью, угловатостью позы и жестикулирования, в отдельных случаях – напряженно-ригидными движениями и действиями с элементами незавершенности и фрагментарности. В числе собственно парамимических проявлений рассматривалась, например, возможность включения в карту диагностики так называемого корругатор-феномена, проявляющегося подергиваниями кожи в той области лба, где находится мышца, сморщивающая бровь. Такие мимические стигмы чаще всего свидетельствуют об имитации пациентом повышенного внимания к чему-либо. Кроме того, учитывались некоторые другие известные по литературным данным феномены, например, склонность пациентов с шизофренией смотреть в сторону и избегать фиксировать взгляд на собеседнике; хоботковый характер движения губ у пациентов в ответ на просьбу улыбнуться; рассогласование мимики в верхних и в нижних отделах лица (при продуктивной симптоматике) либо между левой и правой половинами – при негативной. Оценивалась диагностическая ценность и таких микросимптомов, как, например, «игра пальцев» (непрерывное движение постоянно соприкасающихся друг с другом пальцев рук, манипулирование пальцами) или склонность выполнять движения всей кистью руки как своеобразным моноорганом. Принимались во внимание характерные для таких больных особенности тактильной коммуникации, например, более активное, частое и иногда стереотипное, прикосновение к своему телу (простой и стереотипный аутогрумминг). Кроме того, оценивался диагностический потенциал проявлений ограничительного поведения (например, неофобии) в виде неспецифического (неизбирательного) избегания визуального, диалогового, словесного контакта.

Выделенный на этом этапе набор доступных наблюдению и однозначной интерпретации поведенческих индикаторов, во-первых, был достаточно большим (более 50 симптомов), и, во-вторых, был представлен достаточно развернутыми описаниями. В дальнейшем из этого перечня был выделен относительно небольшой набор поведенческих проявлений, которые могли бы быть однозначно определяемы, трактуемы и легко регистрируемы.. Отбор симптомов осуществлялся исходя из предположений, во-первых, о высокой информативности того или иного поведенческого симптома в клинической верификации шизофренического паттерна, и, во-вторых, о наличии специфических проявлений того или иного поведенческого симптома у больных шизофренией в отличие от их проявлений у здоровых лиц либо пациентов с другими нозологическими формами.. В силу этого, в итоговом наборе переменных присутствуют как специфические («патогномоничные») признаки, так и «дифференцирующие» симптомы. Среди последних встречаются не только одиночные, но и двойные, близкие к оппозитным, дескрипторы (например, «монотонность речи» и «интонационная окрашенность речи»). При этом наличие того или иного признака имеет самостоятельное диагностическое значение, так же

как имеет значение одновременная встречаемость обоих типов признаков на протяжении всего периода исследования.

В итоге был сформирован перечень из 36 наиболее информативных индикаторов, объединенных в пять психодиагностические значимых поведенческих симптомокомплексов.

Комплекс 1. «Характеристики позы» («Поза») составили 7 единиц наблюдения: 1) соблюдение/поддержание дистанции; 2) психогенно вызванная напряженность позы; 3) наклон корпуса вперед; 4) повышенный мышечный тонус; 5) психическая инертность, неподвижность позы большую часть времени обследования; 6) поза с отворотом головы в сторону от экспериментатора; 7) расторможенность движений и позы (чрезмерная активность).

Комплекс 2. «Мимика и жестикуляция» представлен наибольшим числом симптомов (11 единиц): 1) наморщенный лоб; 2) напряженность артикуляционных мышц области рта; 3) отсутствие улыбки; 4) адекватность улыбки; 5) амимичность лица («застывшая маска»); 6) смех во время исследования; 7) живость мимики; 8) живость жестикуляции; 9) склонность перебирать пальцами предметы; 10) избегание визуального контакта; 11) поддержание визуального контакта.

Комплекс 3. «Эмоциональный тон поведения» относительно небольшой по составу и включает в себя: 1) спокойствие при исследовании; 2) плач при исследовании; 3) настороженность при исследовании; 4) нахмуренный вид; 5) несчастное выражение лица; 6) отсутствие на лице проявлений эмоций.

Комплекс 4. «Речевое поведение» более представительный (9 элементов): 1) отказ от ответа и комментариев по рисункам; 2) вербально выраженные реакции сопротивления инструкции по выполнению задания; 3) вербально выраженный протест при выполнении задания; 4) вербализованная просьба о помощи; 5) вербальное выражение своей удовлетворенностью успехами при выполнении задания; 6) вербально выраженные проявления интереса к выполнению задания; 7) легкость возникновения вербально оформленного отказа от выполнения задания при возникновении затруднений; 8) монотонность речи; 9) интонационная окрашенность речи.

Комплекс 5 «Целенаправленность поведения» основан на выявлении 1) настойчивость в выполнении задания; 2) поглощенность выполнением задания; 3) отсутствие признаков вынужденности и подчинения при выполнении заданий.

В целях удобства для использования в практической деятельности все перечисленные выше признаки были объединены в соответствующей диагностической карте наблюдения.

Кроме того, было выполнено исследование с целью эмпирической проверки разработанной системы клинико-психологической оценки паттернов поведения у больных шизофренией.

Дизайн и выборка эмпирического исследования

Исследование проводилось на базе Омской областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова.

Фоновым феноменом в исследовании являлось проведение методики «Пиктограмма» в адаптированном Б.Г. Херсонским варианте (Херсонский, 2003). Стимульный вариант методики представлен 12 классическими стимулами-образами. Однако в связи целями и задачами описываемого в настоящей публикации исследования анализ собственно результатов по методике «Пиктограмма» не проводился. Регистрации и анализу подвергались исключительно поведенческие характеристики выполнения задания, полупроективный характер которых, относительно произвольная форма их выполнения и вариативность объяснения полученных результатов дают достаточно информативные данные. Регистрация поведенческих проявлений осуществлялась с помощью описанной выше диагностической карты наблюдения.

Характеристики варианта метода наблюдения, использованного при исследовании. Описание особенностей метода наблюдения:

– по типу позиции наблюдателя (субъекта) в отношении к пациенту (объекту) – скрытое;

– по степени формализованности исследования – контролируемое;

– по степени участия субъекта в исследуемой ситуации – промежуточный вариант между включенным и невключенным, в силу «неравноправности» позиций исследователя и испытуемого;

– по месту проведения – лабораторное; по условиям организации – скрытое;

– по регулярности проведения – систематическое.

Описание наблюдаемого поведения регистрировалось посимптомно, с учетом оценки проявлений индикаторов поведения на протяжении всего периода исследования. Наличие либо отсутствие фиксируемого паттерна поведения фиксировалось в бланке диагностической карты наблюдения в виде качественных данных (с помощью знаков «+» или «–») при соответственно.

Полученные данные обобщались по симптомокомплексам (число зарегистрированных симптомов по отношению к их количеству в симптомокомплексе), впоследствии – с расчетом частотных характеристик встречаемости поведенческих симптомов, включая анализ

частоты совместной встречаемости тех или иных симптомов как внутри одного симптомокомплекса, так и сочетаний симптомов, входящих в состав разных их комплексов.

Выборка исследования. Выборку исследования составили 30 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 37 лет с первым эпизодом шизофрении, впервые установленным (группа 1), и 30 психически здоровых мужчин в возрасте от 19 до 40 лет (группа 2). По уровню образования выборки отличались по численности лиц с высшим образованием (14 и 21 человек соответственно), а также со средним специальным образованием (9 и 4 человека). Численность лиц с общим (средним) образованием была примерно одинакова: 7 мужчин в группе с дебютом психоза и 5 – в группе здоровых мужчин.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительный анализ поведенческих особенностей в группе психически здоровых мужчин при выполнении методики «Пиктограмма» с использованием схемы наблюдений и в группе мужчин с дебютом психоза шизофренического круга представлен на рис. 1–5.

Среди описанных выше характеристик позы (рис. 1) обращает на себя внимание напряженность позы почти у половины больных шизофренией, что проявляется их скованностью, особенно в положении сидя, и стремлением не соблюдать требуемую при проведении исследования дистанцию.

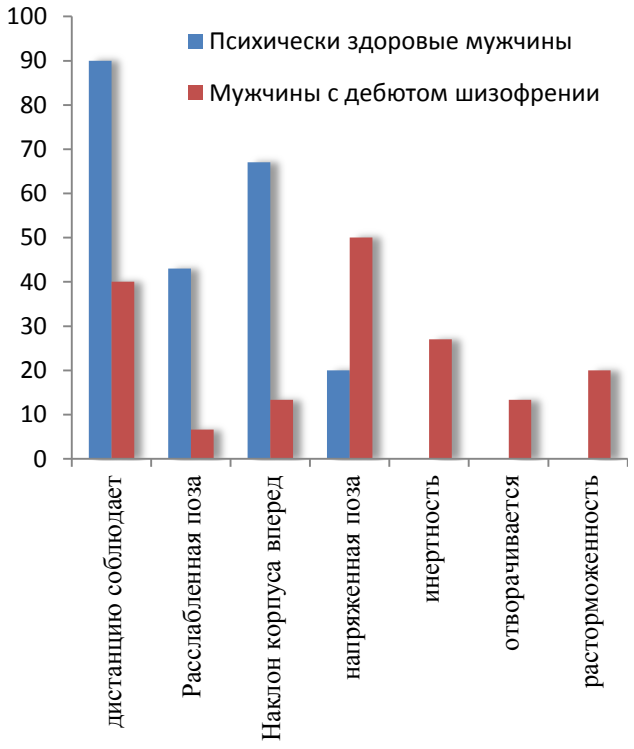


Рисунок 1. Сравнительная характеристика частоты поведенческих реакций при наблюдении позы у психически здоровых и больных шизофренией мужчин

Какие-либо тенденции к увеличению частоты пассивно-негативных реакций на исследование не отмечаются, за исключением признаков некоторой инертности у 27 % пациентов. В отличие от этого, здоровые мужчины в целом критично оценивают ситуацию исследования (90 % соблюдают психологическую дистанцию с экспериментатором). Вместе с тем, и у здоровых испытуемых отмечаются признаки психомоторного напряжения в ситуации исследования – две трети численности группы обнаруживают готовность к проведению пробы (сидят, наклонив корпус вперед, в «стартовой» позиции), для почти каждого второго из этой группы расслабленность позы была нехарактерна. Таким образом, для многих и здоровых, и больных шизофренией одинаково характерно психомоторное напряжение. Свойственное больным шизофренией снижение критичности к себе и ситуации обследования проявляется у них очевидным стремлением не соблюдать дистанцию. Более информативные данные получены при обработке данных, полученных при наблюдении мимики и жестикуляции (рис. 2).

Пациенты с дебютом расстройств шизофренического круга избегают поддерживать визуальный контакт, гипомимичны, с выраженным напряжением мышц оромандибулярной области (у 77, 60 и 40 % численности этой выборки), а у каждого четвертного – отмечается еще и наморщивание лба. При выполнении задания и комментировании рисунков-образов пациенты, в отличие здоровых мужчин, практически не улыбаются, а отмечающиеся в единичных случаях эпизоды смеха дисгармонизируют с ситуацией обследования и, как правило, контекстно не связаны со стимулами или реакциями на них, отражая спонтанность реакции пациентов. Вместе с тем, у половины пациентов отмечаются эпизоды поиска визуального контакта, которые наиболее часто проявляются в ситуациях типа потери нити разговора.

Эмоциональный тон поведения у здоровых и больных мужчин различается кардинально (рис. 3): для мужчин с дебютом психоза шизофренического круга характерна общая настороженность (у 73 % обследованных), отсутствие отражения переживаемых эмоций в мимике лица (у 63 % пациентов). При проведении исследования, особенно в ответ на те или иные просьбы, помогающие действия или требования экспериментатора очевидно проявляют недовольство, демонстративно хмурятся или придают лицу выражение недовольства. В единичных случаях при реакциях отказного типа отмечались слезы, плач, снижение фона эмоционального реагирования в целом. Эмоциональное состояние и связанное с ним поведение здоровых испытуемых характеризуется подчеркнутым спокойствием, отсутствием демонстрации каких-либо негативных эмоций.

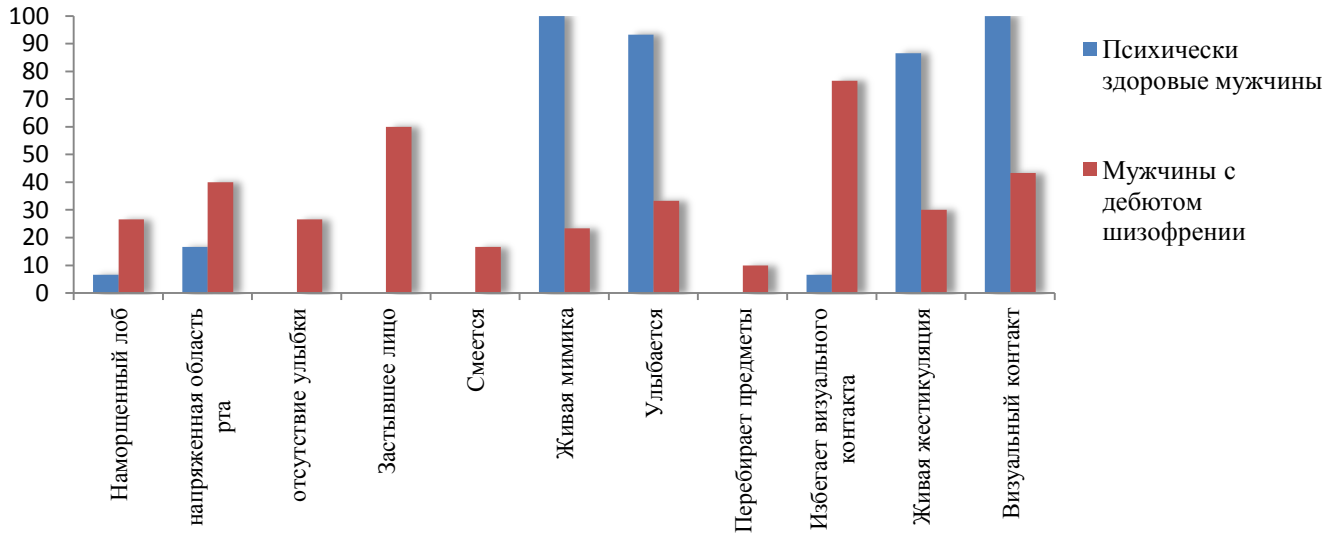


Рисунок 2. Сравнительная характеристика частоты поведенческих реакций при наблюдении мимики и жестикуляции у психически здоровых и больных шизофренией мужчин

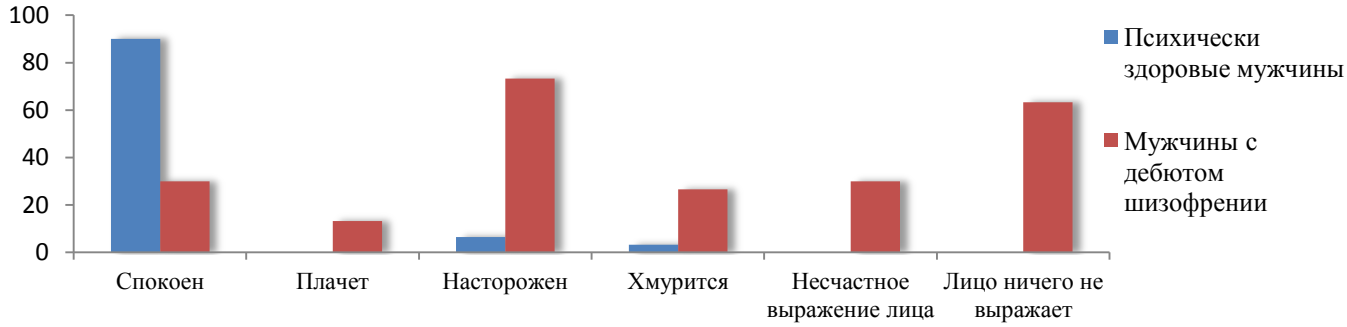


Рисунок 3. Сравнительная характеристика частоты поведенческих реакций при наблюдении эмоционального тона поведения у психически здоровых и у больных шизофренией мужчин

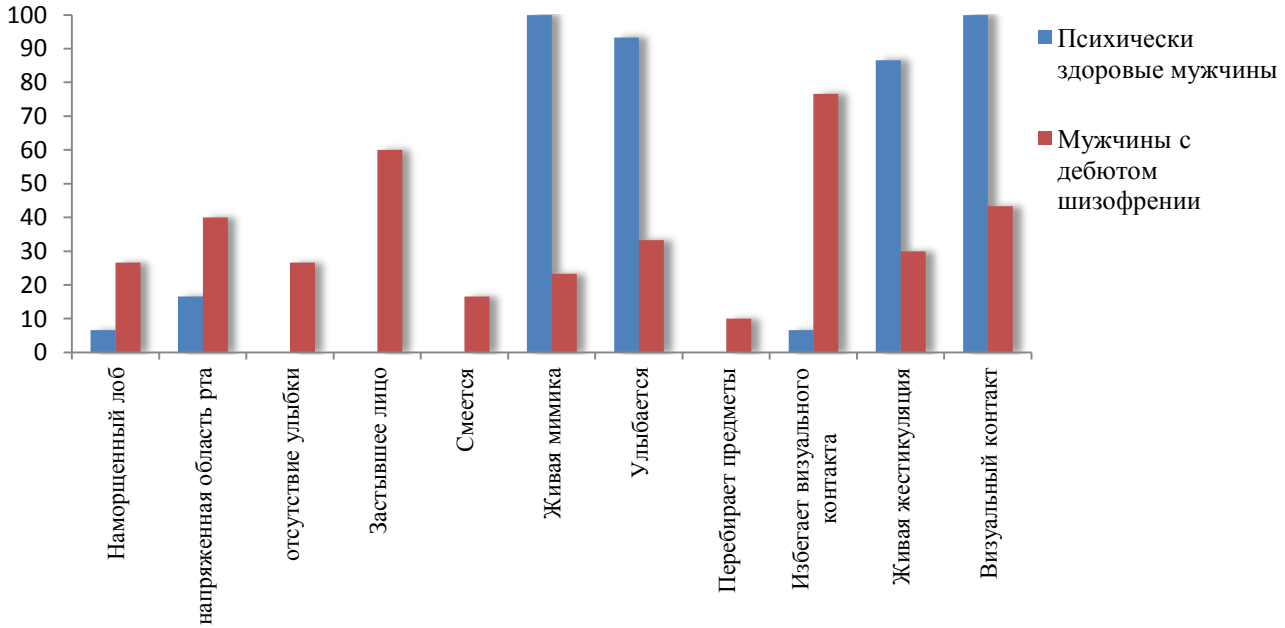


Рисунок 4. Сравнительная характеристика частоты поведенческих реакций при наблюдении речевых характеристик поведения у психически здоровых и у больных

Аналогичные по информативности данные получены и при исследовании особенностей речевого поведения испытуемых обеих групп (рис. 4). И в этом случае характер реагирования пациентов и здоровых лиц существенно различаются. В группе мужчин с дебютом шизофренического расстройства почти каждый второй пациент вербально сопротивляются требованиям усвоить и следовать инструкции, обнаруживают словесно обоснованный отказ от выполнения задания, особенно в случае возникновения каких либо затруднений, или отказ объяснить свой рисунок. У каждого третьего пациента отмечаются протестные реакции при выполнении заданий. В целом у половины таких пациентов речь интонационно слабо окрашена, в высказываниях редко проявляется какой-либо интерес к процессу и результатам обследования. Причем достаточно часто протестные и отказные реакции встречаются в сочетании друг с другом, в разных комбинациях.

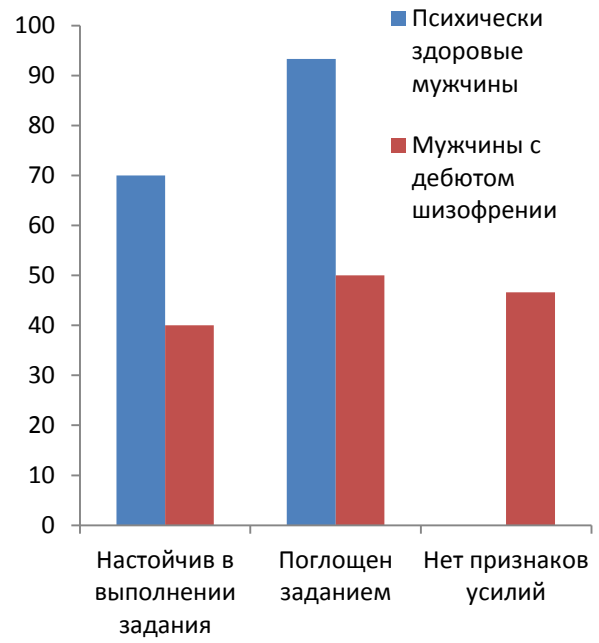


Рисунок 5. Сравнительная характеристика частоты поведенческих реакций при наблюдении целенаправленности поведения у психически здоровых и у больных шизофренией

При оценке целенаправленности поведения (рисунок 5) установлено, что больные шизофрений не полностью включаются в задания, с трудом прилагают усилия к их выполнению и менее настойчивы в преодолении возникающих трудностей.

Таким образом, сравнительный анализ полученных данных эмпирического исследования подтверждает гипотезу о закономерном характере отражения в невербально-коммуникативном поведении специфики психопатологии (клиники) и патологии психической деятельности при шизофрении, а также наличии специфических (по сравнению со здоровыми людьми) поведенческих проявлений, достоверно регистрируемых методом наблюдения при выполнении методики «Пиктограмма».

При этом общими коммуникативными особенностями пациентов с дебютом психоза шизофренического круга являются выраженные невербальные проявления формального, пассивно-негативного отношения к взаимодействию с экспериментатором и обследованию, преобладание общей скрытности, замкнутости и повышенный уровень тревожности. На материалах обследования пациентов с первичным психотическим эпизодом в рамках дебюта шизофрении, выполненного с помощью методики «Пиктограмма» с использованием оригинальной предложенной нами схемы клинического наблюдения установлено, что для таких пациентов характерны напряженная поза с повышенным мышечным тонусом; выполнение мелких движений пальцев рук, напряженная мимика лица, прежде всего в области рта, наморщенный лоб, отсутствие улыбки. При выполнении заданий, как правило, такие пациенты не обнаруживают усилий и настойчивости в их выполнении, настороженны, склонны замыкаться в себе.

При этом у таких больных явно выражены невербальные проявления пассивно-негативного отношения к взаимодействию с экспериментатором и к процедуре обследования, замкнутости и настороженности пациентов. У психически здоровых мужчин вышеуказанные невербальные проявления замкнутости, настороженности и неприятия процедуры обследования в сходной ситуации оказались выражены значительно меньше, чем у больных.

Литература

1. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – М.: Academia, 2003. – 736 с.

2. Демянова, Л.В. Методологические проблемы оценки нарушений мышления при шизофрении (обзор литературы) / Л.В. Демянова // Журнал ГрГМУ. – 2014. – №48 –http://cyberleninka.ru/ article/n/metodologicheskie-problemy-otsenki-narusheniy-myshleniya-pri-shizofrenii-obzor-literatury

3. Зейгарник,Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1986.

4. Каплан, Г.И. Клиническое обследование психически больного / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок // Клиническая психиатрия: пер. с англ. – М.: Медицина, 2002. – Т. 1. – 272 с.

5. Кемпинский, А. Психология шизофрении: пер. с польск. / А. Кемпинский: СПб.: Ювента, 1998. – С. 133 141.

6. Кириленко, Г.Л. Проблема исследования жестов в зарубежной психологии / Г.Л. Кириленко // Психологический журнал. – 1987. – Т. 8, № 4. – С. 138 143.

7. Критская, В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М.: МГУ, 1991. –256 с.

8. Лабунская, В.А. Невербальное поведение (социально-проективный подход) / В.А. Лабунская. – Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского ун-та, 1986. – 135 с.

9. Лонгинова, С.В. Исследование мышления больных шизофренией методом пиктограмм / С.В. Лонгинова // Патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Изд-во УРАО, 1998.

10. Поляков, Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю.Ф. Поляков. – М.: Медицина, 1974. – 86 с.

11. Самохвалов, В.П. Типология невербального поведения больных шизофренией / В.П. Самохвалов, Н.А. Корнетов // Генетические и эволюционные проблемы психиатрии. – Новосибирск, 1985. – С. 180 197.

12. Таннус, А. Особенности диагностики шизофрении с учетом типологий мимики: автореф. дис. … канд. мед. наук / А. Таннус. – М.: НИИ психиатрии МЗ, 1988. – 19 с.

13. Чебакова, Ю.В. Классификация латентных признаков в патопсихологическом обследовании при шизофрении / Ю.В. Чебакова // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (к 100-летию С.Я. Рубинштейн), 2011. http://psyjournals.ru/metodpatopsy/issue/59695_ full.shtml (дата обращения: 12.09.2015).

14. Чередникова, Т.В. Информационная модель мышления Л.М. Веккера в исследованиях расстройств мышления при шизофрении методом факторного анализа / Т.В. Чередникова // Психологические исследования. - 2011. – № 3(17). – http://psystudy.ru.

УДК 159.962.7

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОПЕРАЦИЙ СРАВНЕНИЯ, АНАЛИЗА И СИНТЕЗА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Н.В. Федорова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный педагогический университет»

Аннотация. В работе анализируются особенности развития таких мыслительных операций как сравнение, анализ и синтез у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.

Ключевые слова. Задержка психического развития, мыслительные операции, сравнение, анализ, синтез.

SPECIAL ASPECTS OF DEVELOPMENT THE OPERATIONS OF COMPARISON, ANALYSIS AND SYNTHESIS AT MIDCHILDHOOD WITH THE DELAY OF MENTAL DEVELOPMENT

N.V. Fedorova

Resume. In work analyzed the special aspects of development of the such cogitative operations like comparisons, analysis and synthesis at midchildhood with a delay of mental development.

Keywords. Delay of mental development, cogitative operations, comparison, analysis, synthesis.

Учебная деятельность становится ведущей для младшего школьника. От сформированности основных компонентов мышления, в том числе мыслительных операций, зависит успеваемость ребенка в школе. Решение мыслительных задач становится в этот период одним из обязательных и необходимых аспектов учебной деятельности. А любая задача разрешается на определенном содержании, определенным способом. Обобщенными же способами работы с содержанием выступают мыслительные операции.

Отставание в развитии мышления - одна из основных черт, отличающая детей с задержкой психического развития (ЗПР) от нормально развивающихся сверстников. В начале школьного обучения у них обнаруживается несформированность даже основных мыслительных операций и действий, которыми нормально развивающиеся дети владеют уже в старшем дошкольном возрасте. Эта несформированность проявляется, как в полном неумении использовать некоторые мыслительные операции, так и в нестойкости, зависимости от сложности задачи тех операций и умственных действий, которыми они, казалось бы, уже умеют пользоваться. Недостаточный уровень сформированности мыслительных операций обуславливает трудности понимания учебных заданий младшими школьниками с ЗПР [1, 2].

В своем исследовании для выявления уровня сформированности операции сравнения мы использовали задание из методики «Диагностика сформированности мыслительной деятельности детей» на сравнение пяти пар объектов [3]. Высокий уровень сформированности мыслительной операции сравнения обнаружен у большинства – 60% нормотипичных детей, у детей с ЗПР высокий уровень выявлен не был. Дети с данным уровнем работали с большим удовольствием, решали все задачи, выделяя при этом существенные признаки различия и сходства.

Уровень сформированности мыслительной операции сравнения выше среднего продемонстрировали 40% нормально развивающихся детей, у детей с ЗПР средний уровень снова не был выявлен. Основная масса детей на данном уровне также решала все задачи, выделяя признаки, как различия, так и сходства, но делала это с нашей помощью. Дети, работавшие на уровне выше среднего, выделили в целом меньше признаков различия и сходства, испытывали большие затруднения при решении последних двух, наиболее трудных задач («Звери и люди», «Животные и растения»). Выделив один-два, максимум четыре признака, ребенок нередко заявлял: «Я все сказал, что еще будем делать? Я хочу про другое отгадывать». Из таких ответов видно отсутствие интереса к решению данных задач. Отсюда общее количество выделенных признаков различия и сходства, а также среднее количество признаков на каждую задачу у этих детей значительно меньше. Признаки сходства выделялись ими с большим трудом, нежели признаки различия. При выделении последних дети чувствовали себя смелее, увереннее, хотя часто переходили на выделение признаков не рода, а лишь объекта, входящего в род. Например, животные и растения не похожи; «Картошка не летает, а воробей летает» и другие. Нередко выделялись и совсем частные различия: «На березу игрушек не вешают, а на елку вешают»; «Березу на праздник не несут, а елку несут».

Наиболее типичным для детей с ЗПР, оказался средний уровень, его продемонстрировали 60 % испытуемых с ЗПР, у нормотипичных младших школьников средний уровень выявлен не был. Все задачи на сравнение были для детей с ЗПР трудными. Они пытались их решать, но самостоятельно не могли выделить ни одного признака, причем даже в первых трех задачах наиболее легких по содержанию. С помощью побуждающих и

подсказывающих вопросов взрослого им удавалось выделить некоторые несущественные признаки – главным образом признаки различия. Графы протоколов занятий, в которых фиксировались выделенные детьми признаки сходства чаще всего оставались незаполненными. Но если и заполнялись, то, например, так: березы и ели похожи между собой тем, что «Муравьи по ним ползают», «Их можно срубить»; растения и животные похожи тем, что «У животных есть зеленые глаза. Они похожи цветом на растения. Больше ничем не похожи.»

Нередко ребенок заявлял: «Я забыл, чем не похожи», понимая, что взрослый ждет от него ответа. Часто дети ограничивались выделением только одного признака – найдя его, сразу перестают думать. Задачу во всем объеме они, как правило, не держат, отвечают на самый последний побуждающий стимул или попадают под влияние ассоциаций с прежним опытом. Например, сравнивая зверей и людей по признакам различия, ребенок говорит: «Звери нападают на людей. Лиса рыжая. Волк черный, заяц серый. Кабан черный и белый». Он вспоминает, что знает и не решает задачу на сравнение.

В процессе сравнения эти дети не только выделяли в целом меньше признаков различия и сходства, но и выделенные ими признаки чаще всего несущественны, принадлежащие не родовому понятию, а лишь видовому.

Низкий уровень сформированности мыслительной операции сравнения продемонстрировали 40% младших школьников с ЗПР, у нормотипичных детей низкий уровень выявлен не был. Дети с ЗПР на данном уровне не выделяли ни признаков сходства, ни признаков различия. Ответ ребенка является отзвуком вопроса взрослого («похожи»), («не похожи»), для ответов характерно отсутствие какой-либо аргументации; ребенок вспоминает какой-то признак у одного из сравниваемых объектов, называет его, но сравнение по этому признаку не производят («Бульдог рвет все», «Хвост у кошки длиннее»). Дети давали совершенно бессмысленные ответ типа «Березы и ели похожи черным».

Согласно результатам для группы ЗПР типичным является средний уровень сформированности мыслительных операции сравнения, а для нормотипичных детей – высокий.

Теперь обратимся к результатам диагностики по методике «Разрезные картинки» [2]. Высокий уровень сформированности мыслительных операций анализа и синтеза обнаружен у всех (100%) нормально развивающихся детей и у 20% младших школьников с ЗПР. На высоком уровне дети сразу узнавали образ предмета ещё до сборки разрезанного изображения.

Уровень выше среднего продемонстрировали 20% младших школьников с ЗПР, у нормотипичных детей он выявлен не был. На данном уровне дети затруднялись назвать предмет, обозначали его близким понятием (например, разрезанную «грушу» они называли «яблоком»).

Средний уровень сформированности операций анализа и синтеза показали большинство детей с ЗПР 80%, у нормотипичных детей средний уровень также выявлен не был. На данном уровне дети узнавали целостный образ предмета только после сборки разрезанной картинки. Низкий уровень, при котором целостный образ предмета не узнавался, не был выявлен ни в одной из групп. Из результатов диагностики по методике «Разрезные картинки» И.Ю. Левченко, Н.А.Киселевой, видно, что для младших школьников с ЗПР характерен средний уровень сформированности операций анализа и синтеза (60% испытуемых). Наименьший процент испытуемых с ЗПР показали высокий и выше среднего уровни сформированности данных операций (по 20% испытуемых на каждом уровне).

Проведенное исследование позволяет выделить следующие особенности. Из результатов диагностики по методике «Диагностика формирования мыслительной деятельности у детей» следует, что у младших школьников с ЗПР уровень сформированности мыслительной операции сравнения не превосходит среднего. В этом задании 50% детей с ЗПР показали средний уровень сформированности операции сравнения

Диагностика с применением методики «Разрезные картинки» позволила выявить особенности операций анализа и синтеза у младших школьников с ЗПР. Согласно результатам диагностики, для младших школьников с ЗПР характерен средний уровень сформированности операций анализа и синтеза (60% испытуемых). Меньший процент испытуемых с ЗПР продемонстрировали высокий и выше среднего уровни сформированности данных операций (по 20% испытуемых на каждом уровне).

Они испытывали трудности при дифференциации признаков предметов и явлений при выполнении заданий на операции анализа и синтеза. Большинство из них узнавали целостный образ предмета после сборки разрезанной картинки, тем самым продемонстрировав средний уровень сформированности данных операций.

Литература

1. Борякова Н.Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития у детей: Учебно-методическое пособие / Н.Ю.Борякова. - М.: Гном-Пресс, 2002. - 64 с.

2. Левченко И.Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И.Ю.Левченко, Н.А.Киселева Н.А. – М.: Книголюб, 2008. - 160 с.

3. Ульенкова У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: учебное пособие / У.В.Ульенкова, О.В. Лебедева. – М.: Академия, 2002. - 176 с.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция сетевого журнала «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.

2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.

3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».

4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).

5. Перед названием статьи указывается УДК.

6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.

7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.

8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.

Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.