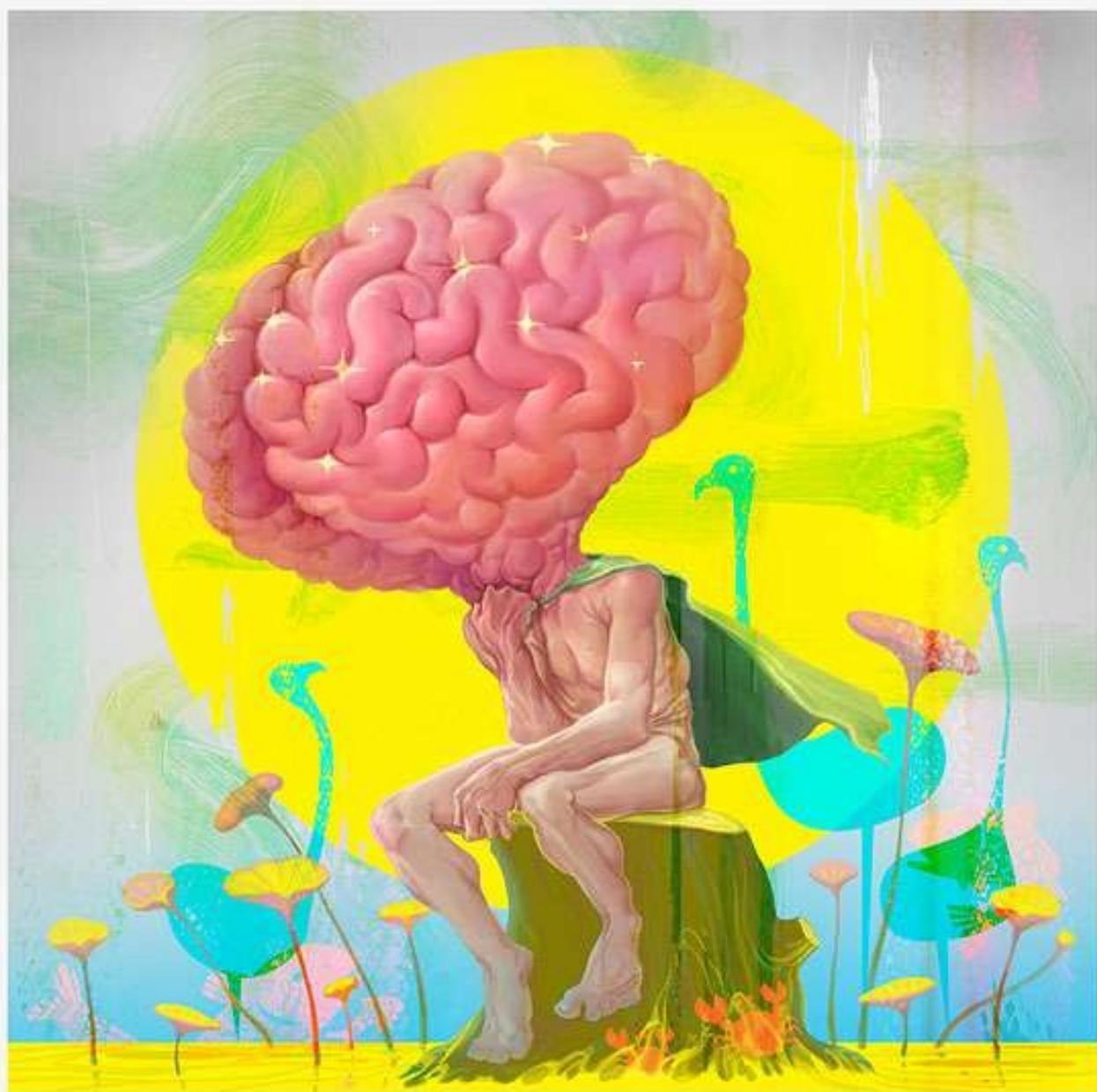


Омский психиатрический журнал

2 (16) 2018



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал**Omsk Journal of Psychiatry****2 (16)
2018**

Научно-практическое сетевое издание

**Омская областная общественная организация
«Омское общество психиатров»***Omsk regional public organization
"Omsk Society of Psychiatrists"***ISSN
2412-8805**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
/orj/index.shtml](http://omskoop.ru/orj/index.shtml)E-mail: pontiac@list.ruВ издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источниковНа титульной странице
размещена репродукция
картины Ronald Kurniawan
"Beautiful"
2002**Главный редактор**

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.

Редакционная коллегия:Александрова Н.В., к.м.н.
Бойко А.С., к.м.н. (Томск)
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)
Дроздовский Ю.В., д.м.н. (Омск)
Лопанова Е.В., д.п.н. (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н. (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н. (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н. (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н. (Омск)
Федотов И.А., к.м.н.

Содержание / Contents

Колонка редактора	4	Editor's column
Клиника психических расстройств		Clinic of mental disorders
Значение когнитивных нарушений для оценки патогенеза, клинической картины и лечения депрессии <i>А.Б. Шмуклер</i>	6	The importance of cognitive disturbances for assessing pathogenesis, clinical picture and treatment of depression <i>A.B. Schmuckler</i>
Биологические аспекты психиатрии		Biological aspects of psychiatry
Биохимические показатели липидного и углеводного обменов у больных шизофренией <i>И.А. Меднова, Л.В. Гертнер, В.В. Дубровская, Т.М. Суханова, А.С. Бойко</i>	13	Biochemical indicators of lipid and carbohydrate metabolism in patients with schizophrenia <i>I.A. Mednova, L.V. Gertner, V.V. Dubrovskaya, T.M. Suhanova, A.S. Boiko</i>
Возрастные аспекты психиатрии		Age aspects of psychiatry
Вклад биологического и социального в формирование психических расстройств детского возраста на примере особенностей семейного воспитания <i>А.Н. Лубеницкая, Т.И. Иванова</i>	17	The contribution of the biological and social in the formation of mental disorders of the child age on the example of the peculiarities of family education <i>A.N. Lubenitskaya, T.I. Ivanova</i>
Клинико-онтогенетические особенности психопатоподобных форм поведения у детей в зависимости от нозологической принадлежности основного психического расстройства <i>И.В. Гранкина, Т.И. Иванова</i>	23	Clinico-ontogenetic features of psychopathic forms of behavior in children, depending on the nosological identity of the underlying mental disorder <i>I.V. Grankina, T.I. Ivanova</i>
Психотерапия и реабилитация		Psychotherapy and rehabilitation
Опыт применения драматерапии как формы реабилитационной работы в условиях стационарного учреждения социального обслуживания для лиц с нарушениями психического здоровья <i>А.Е. Сивачева, Е.Ю. Шахбазова, Т.Ф. Волчкова, А.В. Мишин</i>	27	Experience in the use of dramatherapy as a form of rehabilitation in a residential social facility for persons with disordered mental health <i>A.E. Sivacheva, E.Y. Shakhbazova, T.F. Volchkova, A.V. Mishin</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Инвалидность как психосоциальная проблема <i>Н.А. Шурлакова</i>	30	Disability as a psychosocial problem <i>N.A. Shurlakova</i>

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Текущий выпуск журнала открывает статья одного из ведущих отечественных психиатров – профессора Московского НИИ психиатрии А.Б. Шмуклера. В последние годы все большее внимание уделяется когнитивным нарушениям при различных психических заболеваниях. В значительной степени это связано с тем, что когнитивный дефицит является непосредственным отражением (относится к симптомам «выпадения») патологических процессов, происходящих в центральной нервной системе, и может не только указывать на «топику» поражения, но и быть измерен количественно, чему в настоящее время придается особое значение. Фактически, речь идет о биомаркерах уязвимости головного мозга, которые могут демонстрировать степень его «готовности» реагировать болезненными проявлениями на различные (экзогенные и эндогенные) вредности. При этом необходимо иметь в виду, что эта уязвимость может быть следствием различных патологических процессов и, соответственно, обнаруживать различную динамику, указывающую на данные различия. В работе обсуждается роль и место когнитивных нарушений в структуре депрессивных расстройств. Когнитивные нарушения рассматриваются как одни из важнейших показателей течения заболевания, указывающие на предрасположенность к развитию депрессивных расстройств (маркеры биопсихосоциальной уязвимости), степень активности болезненного процесса, полноту и качество ремиссии, прогноз болезни, являясь одной из ключевых мишеней комплексной полипрофессиональной терапии, направленной не только на купирование собственно депрессивной симптоматики, но и на существенное улучшение социального функционирования и качества жизни пациентов.

С текущего года редакционная коллегия журнала весьма активно разрабатывает вопросы публикаций, посвященным биологическим аспектам психиатрии. Этому способствует продуктивное сотрудничество нашего журнала с НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. В текущем выпуске журнала опубликована статья, посвященная биохимическим показателям липидного и углеводного обменов у больных шизофренией. В последние годы активно обсуждается проблема метаболических расстройств у пациентов с шизофренией. Имеются данные, указывающие на атерогенный характер изменений крови, а также нарушение толерантности к глюкозе при шизофрении. Целью данного исследования яв-

ляется изучение биохимических изменений сыроворотки крови пациентов с шизофренией. Было проведено комплексное клиническое и лабораторное обследование 94 больных шизофренией (43 мужчины и 51 женщина) и 43 здоровых лиц. Выявлено статистически значимое увеличение уровня триглицеридов ($p=0,040$) и снижение концентрации липопротеинов высокой плотности ($p<0,001$) при шизофрении по сравнению с контрольной группой. Выявленные нарушения повышают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и атеросклероза у больных шизофренией, в связи с чем, необходим мониторинг липидного спектра больных в процессе терапии антипсихотическими препаратами.

Актуальной и вечной проблемой психиатрии является вопрос о биологического и социального в формировании и развитии психических расстройств. Сотрудники кафедры психиатрии Омского медицинского университета рассматривают вклад социальных факторов в формирование психических расстройств детского возраста эндогенного (умственная отсталость) и экзогенного генеза (органическое расстройство) на основании анализа типов семейного воспитания и родительского отношения. Группы исследования составили дети с психическими расстройствами экзогенного и эндогенного генеза, контрольную группу - психически здоровые дети. В результате обширного клинико-психологического исследования авторы пришли к выводу, что у детей, страдающими нарушениями психического развития (F07, F70), распространенность негармоничных типов воспитания больше, чем в контрольной группе. Доля негармоничных типов воспитания в обеих основных группах составляет 25%, при этом в группе «F07» полностью представлены гиперпротекцией, в то время как в «F70» она составляет 80% от всех типов. Частота встречаемости черт негармоничного семейного воспитания в большинстве случаев выше в основных группах, чем в контрольной. Личностные проблемы родителей, решаемые за счет ребенка как одна из причин негармоничного воспитания определены во всех группах с преобладанием в основных. В основных группах отмечается низкий уровень кооперации (15% в обеих группах), большая распространенность патологического контроля (40% пациентов в «F70» и 55% в «F07»), по сравнению с контрольной (40%), и отрицательное отношение к неудачам ребенка (10% в группе «F70»). Негармоничное семейное воспитание может привести к формированию непсихотических патологических нарушений

поведения и различных акцентуаций характера [12], что усугубит клиническую картину. Негативное отношение к ребенку, недооценка его способностей и заслуг может способствовать снижению эффекта проводимой терапии.

Вопросы онтогенеза психических расстройств продолжены в статье омских авторов, посвященной клинко-онтогенетическим особенностям психопатоподобных форм поведения у детей в зависимости от нозологической принадлежности. представлены особенности клинических проявлений психопатоподобного синдрома у детей с психическими расстройствами в возрасте 7 – 12 лет, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре. Описаны симптомы отклоняющегося поведения у детей в зависимости от нозологической принадлежности основного психического расстройства и периода онтогенеза, у пациентов с умственной отсталостью, органическими расстройствами и расстройствами эндогенного спектра в разрезе эволюционно-динамических (онтогенетических) принципов с изучением как криминального, аддиктивного поведения, так и сексуальных девиаций, а также с учетом клинических, психологических и социальных составляющих. Авторы считают, что планирование и проведение комплексных реабилитационных программ для детей с расстройствами поведения должны ориентироваться не только на возраст ребенка, структуру и степень проявления симптомов отклоняющегося поведения, но также и на базовое психическое расстройство.

Наши московские коллеги делятся опытом применения драматерапии для инвалидов с различными видами психических расстройств в условиях стационарного социального учреждения. Психологи разработали специальный тренинг, направленный на развитие коммуникации

и коррекцию поведения. На начальном и заключительном этапах программы проводилось тестирование с оценкой эмоционального фона, активности, уровня психосоциальной адаптации, самооценки, мотивации и других факторов. Представлена информация о динамике описываемых качеств участников. Выявлены положительные тенденции, которые позволили сделать вывод о необходимости дальнейшей психокоррекционной работы.

Клинко-психологический раздел журнала представлен статьей, в которой рассматривается явление инвалидности как социально-психологическая проблема, включающая в себя множество аспектов. Приводятся описания наиболее распространенных моделей понимания инвалидности – медицинской и социальной. Автор считает, что обществу необходим переход от медицинской модели понимания инвалидности к социальной. Важность социальной модели в том, что она не рассматривает инвалидов как людей, с которыми что-то не в порядке, а видит причины недееспособности в общественном устройстве, которое по сути и загоняет инвалидов в ситуацию изолированности. Интеграция людей, имеющих инвалидность, возможна лишь при формировании адекватного отношения общества к этой категории людей. Интеграция не может происходить без взаимного приспособления людей с инвалидностью и людей без инвалидности друг к другу, поэтому необходимо работать со множеством медицинских, правовых, социальных, психологических, этических, моральных аспектов, составляющих проблему инвалидности. Только масштабная, слаженная и систематически проводимая работа в данных направлениях, может принести положительные результаты в решении проблемы инвалидности.

*Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.*

Клиника психических расстройств

УДК 616.89-02-082.8

ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ**А.Б. Шмуклер***Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

Аннотация. В работе обсуждается роль и место когнитивных нарушений в структуре депрессивных расстройств. Когнитивные нарушения рассматриваются как одни из важнейших показателей течения заболевания, указывающие на предрасположенность к развитию депрессивных расстройств (маркеры биопсихосоциальной уязвимости), степень активности болезненного процесса, полноту и качество ремиссии, прогноз болезни, являясь одной из ключевых мишеней комплексной полипрофессиональной терапии, направленной не только на купирование собственно депрессивной симптоматики, но и на существенное улучшение социального функционирования и качества жизни пациентов.

Ключевые слова. депрессия, когнитивные нарушения, антидепрессанты.

THE IMPORTANCE OF COGNITIVE DISTURBANCES FOR ASSESSING PATHOGENESIS, CLINICAL PICTURE AND TREATMENT OF DEPRESSION**A.B. Schmuckler**

Resume. The article elucidates the phenomenon of stigma and its origin in mental health patients. The nature of internalized stigma and its impact on social functioning is described. The stigma among early episode patients depending on the hospitalization numbers have been investigated. Autopsychic type of stigma appears as the initial stage of the internalized stigma's development.

Keywords. stigma, internalized stigma, schizophrenia, early episode.

Репринт. Статья опубликована в журнале "Социальная и клиническая психиатрия", 2016, Том 26, выпуск 4.

В последние годы все большее внимание уделяется когнитивным нарушениям при различных психических заболеваниях. В значительной степени это связано с тем, что когнитивный дефицит является непосредственным отражением (относится к симптомам «выпадения») патологических процессов, происходящих в центральной нервной системе, и может не только указывать на «топику» поражения, но и быть измерен количественно, чему в настоящее время придается особое значение. Фактически, речь идет биомаркерах уязвимости головного мозга, которые могут продемонстрировать степень его «готовности» реагировать болезненными проявлениями на различные (экзогенные и эндогенные) вредности [2, 23]. При этом необходимо иметь в виду, что эта уязвимость может быть следствием различных патологических процессов и, соответственно, обнаруживать различную динамику, указывающую на разные различия.

В частности, поражение головного мозга в пре- или ранний постнатальный период может способствовать исходно низким показателям когнитивного функционирования, которые обнаруживают либо нарастающее отставание в процессе дальнейшего развития ребенка, либо стабильный дефицит по сравнению с нормативными показателями; в наиболее благоприятных случаях возможно нивелирование отставания с уменьшением «разрыва» между выявляемыми показателями и условной нормой [30–32].

Наличие текущих нарушений нейроразвития, продолжающихся в детском и подростковом возрасте, в том числе в силу сохраняющегося действия патогенных факторов, способствует углублению имеющихся когнитивных расстройств. Кроме того, необходимо учитывать возможность текущего болезненного процесса: в этих случаях можно ожидать нарастание когнитивных нарушений и у взрослых, особенно в случаях обострения заболевания. Последний факт хорошо известен на примере психотических состояний, когда имеет место углубление когнитивных расстройств, претерпевающих определенное обратное развитие (хотя, как правило, не достигающее нормативных значений) в ремиссии [1, 11].

Еще одним аспектом когнитивных нарушений при психических заболеваниях является их неравномерность [1]: только в небольшом числе наиболее тяжелых случаев когнитивный дефицит носит тотальный характер; в большинстве наблюдений различные функции снижены в различной степени, и эта комбинация позволяет проводить топическую диагностику поражения. Значение также имеет и возраст заболевания: с одной стороны, чем он выше (то есть чем позже манифестировало заболевание), тем менее выражен когнитивный дефицит (что отражает меньшую предрасположенность к развитию болезни) [3]; с другой – у лиц старшего возраста происходит инволюционное снижение когнитивных возможностей.

Эта, последняя точка зрения нашла свое выражение в гипотезе о существовании континуума: депрессия – мягкие когнитивные нарушения – деменция [27]. В частности, указывается, что эпизод тяжелой депрессии увеличивает риск прогрессирования мягких когнитивных нарушений в болезнь Альцгеймера в 4 раза. При этом количество предшествующих депрессивных фаз увеличивает вероятность такой динамики [21].

Подобные предположения выглядят противоречащими привычным представлениям о нозологической природе психических заболеваний, разделяющим «функциональную» депрессивную симптоматику и органические нейродегенеративные болезни. Однако идея об отсутствии жесткой дихотомии в проявлениях болезни на органическое – функциональное отнюдь не нова: достаточно вспомнить переходные синдромы Вика (Wieck Н.Н., 1956)¹, включающие, в том числе, аффективный регистр и занимающие промежуточное положение между острыми экзогенными реакциями и

органическим «дефектсиндромом».

В настоящее время имеются убедительные данные, указывающие на тесную патогенетическую связь когнитивных и депрессивных расстройств. В частности, считается, что наличие когнитивного снижения у здоровых лиц может быть премобидным индикатором риска развития депрессии в дальнейшем [4]. Когнитивные нарушения выявляются у больных с первым эпизодом большого депрессивного расстройства (табл. 1), причем ряд когнитивных показателей (например, скорость психомоторных реакций и память) коррелирует с динамикой их клинического состояния, в то время как другие (внимание и исполнительное функционирование) рассматриваются как маркеры заболевания и мишень для соответствующих ранних интервенций [20]. Показано наличие когнитивных нарушений не только у пациентов с актуальной депрессивной фазой, но и находящихся в состоянии интермиссии [10, 33].

Таблица 1

Величина эффекта выполнения различных нейрокогнитивных тестов больными с первым эпизодом депрессии по сравнению со здоровыми добровольцами (модифицировано из [20])

Показатель	Величина эффекта	95% доверительный интервал	p
Скорость психомоторных реакций	0,48	0,21, 0,75	0,0005
Внимание	0,36	0,13, 0,59	0,002
Рабочая память	0,16	- 0,20, 0,51	0,38
Вербальное обучение и память	0,13	- 0,18, 0,45	0,40
Зрительное обучение и память	0,53	- 0,05, 1,11	0,07
Переключение внимания	0,22	0,00, 0,44	0,05
Вербальная беглость	0,59	0,10, 1,07	0,02
Когнитивная гибкость	0,53	0,23, 0,83	0,0007

Следует отметить, что когнитивный дефицит, обнаруживаемый у пациентов с депрессией при биполярном аффективном расстройстве, выше по сравнению с показателями у пациентов с униполярной депрессией [38]. Выраженность когнитивных нарушений углубляется в ряду непсихотическая депрессия – депрессивное расстройство с психотическими чертами – биполярное аффективное расстройство (с психотическими чертами) – шизоаффективное расстройство – шизофрения, что, по-видимому, отражает увеличение психобиологической уязвимости ЦНС при данных заболеваниях.

Со структурно-функциональной точки зре-

ния развитие депрессивной симптоматики объясняется нарушениями в так называемой аффективной орбитофронтальной петле, связывающей орбитофронтальный кортекс, амигдалу, цингулярную кору и гиппокамп с вентральным стриатумом (полосатым телом) и, далее, вентральным паллидумом и средним мозгом, замыкающим «обратную связь» [9]. Снижение активности фронтоцигулярных регионов обуславливает нарушение систем когнитивного контроля, что, в частности, способствует ухудшению концентрации и поддержания внимания, а также повышенной отвлекаемости.

Значительную роль в развитии когнитивных

¹Wieck Н.Н. выделял 4 регистра переходных синдромов: 1) изменение побуждений, 2) аффективный, 3) шизофреноподобный (галлюцинаторно-параноидный), 4) амнестический корсаковский. При этом аффективный регистр рассматривался как имеющий относительно благоприятный прогноз по сравнению с органическим.

расстройств у депрессивных больных играют нарушения координированной работы нейросетей головного мозга: центральной исполнительной сети (the central executive network – CEN), сети приоритетных стимулов (the salience network – SN) и сети пассивного режима (the default-mode network – DMN) [9, 28]. При нарушении их взаимодействия могут развиваться ангедония, стойкие негативные мысли, ухудшается концентрация внимания и исполнительное функционирование. Описанные расстройства могут быть связаны со снижением нейрогенеза, сокращением нейрональной и глиальной продукции, уменьшением дендритической и синаптической пролиферации, а также гормональными и воспалительными процессами, оксидантным стрессом, снижением сывороточного уровня нейротрофического фактора головного мозга (BDNF). Кроме того, существенную роль играют генетические и эпигенетические факторы, включая обусловленные ранним детским опытом и травмой.

Таким образом, распространенность сочетания и наличие общих механизмов патогенеза депрессивных и когнитивных расстройств указывает на необходимость дополнительных усилий, направленных на совместную диагностику и выбор обоснованной терапевтической тактики [25].

В целом, следует отметить, что соотношение депрессии и когнитивных нарушений может быть двояким: с одной стороны, наличие когнитивного дефицита может увеличивать риск развития депрессивных расстройств, с другой – депрессивная симптоматика сама по себе ухудшает когнитивное функционирование. В частности, в одном из недавних мета-анализов [33], рассматривающих результаты 30 исследований (суммарное количество включенных в анализ пациентов составило 952 чел.), показано, что у больных с текущей депрессией по сравнению с контрольной группой здоровых добровольцев отмечается статистически значимое умеренное когнитивное снижение по ряду показателей: исполнительному функционированию (величина эффекта по разным тестам колеблется в интервале от $-0,34$ до $-0,54$), памяти (величина эффекта $-0,41$, $-0,50$), вниманию (величина эффекта $-0,65$) и времени реакции (величина эффекта $-0,32$). При выделении подгруппы пациентов, не получающих терапии, статистически значимое умеренное снижение обнаруживалось по результатам тестов на внимание; менее выраженный дефицит был выявлен в отношении показателей памяти и исполнительного функционирования, причем данный результат обнаруживался не по всем тестам. У больных в интермиссии показано статистически значимое снижение показателей исполнительного функционирования (величина эффекта $-0,53$, $-0,61$) и внимания (величина эффекта $-0,52$) при наличии тенденции к снижению показателей памяти (колебания величины эффекта от слабого $-0,22$ до умеренного $-0,54$). Авторы цитируемого исследова-

ния приходят к выводу, что когнитивные нарушения (память, внимание, исполнительная функция) являются одними из ключевых расстройств у больных с депрессией и полностью не исчезают при купировании депрессивной симптоматики, что негативно сказывается на социальном функционировании пациентов и требует проведения терапии, направленной, в том числе, на купирование когнитивного дефицита.

Эта задача, наряду с проведением психосоциальных лечебно-реабилитационных воздействий, обуславливает необходимость осуществления целенаправленного медикаментозного лечения. В этом отношении представляет интерес анализ эффективности фармакотерапии когнитивных нарушений у больных с депрессией различными «прокогнитивными агентами» [39]. В целом, авторы цитируемого обзора приходят к выводу, что, несмотря на наличие значительного количества лекарственных средств, потенциально обнаруживающих прокогнитивный эффект (психостимуляторы, ингибиторы ацетилхолинэстеразы, антагонисты глутаматных N-метил-D-аспартат рецепторов), убедительных данных, позволяющих их рекомендовать для монотерапии или в качестве дополнительных препаратов для лечения когнитивных нарушений у больных с депрессией, в настоящее время не имеется (естественно, за исключением собственно антидепрессантов), но для более надежных выводов и рекомендаций необходимы дальнейшие клинические исследования.

Отдельный вопрос состоит в возможности купирования когнитивных нарушений у больных с депрессией, используя антидепрессанты. В ряде исследований показано, что депрессивные больные медленнее категоризируют положительно окрашенные персонализированные слова и хуже вспоминают их в дальнейшем [16]. Наоборот, негативно окрашенные слова вспоминаются быстрее [8]. Они также хуже распознают положительно окрашенную мимику и чаще интерпретируют неоднозначные мимические реакции как печальные [6, 16]. При этом имеются отдельные исследования, демонстрирующие, что даже непродолжительное (в пределах 7 дней) назначение антидепрессанта (циталопрама, ребоксетина, агомелатина) позволяет улучшить восприятие больными с депрессией положительно окрашенной лицевой экспрессии [16, 17, 37]. Показано, что семидневное назначение эсциталопрама нормализует нейрональный ответ на негативные эмоциональные стимулы – предъявление устрашающих лиц [14]. Также, при краткосрочном назначении ребоксетина отмечается уменьшение времени категоризации положительно окрашенных слов и улучшение их запоминания.

Столь необычно раннее начало действия препаратов объясняется, в частности, быстрыми изменениями нейрональной активности в амигдале, полосатом теле (скорлупе), парагиппокампадной

извилине и медиальном префронтальном кортексе – лимбическими и паралимбическими структурами, вовлеченными в «автоматическое» определение эмоционально значимой информации [22, 41]. При этом относительно быстрая реакция когнитивных показателей на назначение антидепрессивной терапии считается предиктором хорошего ответа на проводимое лечение, имея в виду купирование собственно депрессивной симптоматики [15, 37, 40, 41].

Несмотря на, казалось бы, однозначность приводимых данных, у клиницистов зачастую сохраняются сомнения в отношении независимости когнитивных нарушений при депрессивном расстройстве от собственно аффективной симптоматики и, соответственно, в «прямом» влиянии проводимой антидепрессивной терапии на улучшение когниции, не связанном с редукцией проявлений депрессии. Число работ, посвященных данной проблеме, относительно невелико: авторы недавнего мета-анализа выявили только 17 рандомизированных клинических исследований больных с большим депрессивным расстрой-

ством, в которых изучались когнитивные показатели по стандартизированным методикам, позволяющим вычислить величину эффекта [36].

В 9 плацебо-контролируемых исследованиях общее число изученных больных составило 2550 чел., в том числе в трех работах изучался вортиоксетин (728 чел.), в четырех – дулоксетин (714 чел.), по одной – пароксетин (23 чел.), циталопрам (84 чел.), фенелзин (28 чел.), нортриптилин (32 чел.), сертралин (49 чел.)². В 8 исследованиях осуществлялось прямое сопоставление различных антидепрессантов: селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – СИОЗС (371 чел.), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина – СИОЗСН (25 чел.), трициклических антидепрессантов – ТЦА (138 чел.) и ингибитора обратного захвата норадреналина и дофамина – бупропиона (46 чел.). Результаты мета-анализа в отношении плацебо-контролируемых исследований суммированы в таблице 2.

Таблица 2

Величина эффекта антидепрессантов по сравнению с плацебо в отношении различных нейрокогнитивных показателей (модифицировано из [36])

Препарат	Среднее значение σ (0,95% ДИ) по сравнению с плацебо			
	Скорость психомоторных реакций	Когнитивный контроль (тест Струпа)	Исполнительная функция (тест слежения В)	Тест Рея на слухоречевое заучивание
вортиоксетин	0,34 (0,17; 0,50)	0,17 (-0,15; 0,49)	0,26 (0,12; 0,39)	0,24 (0,10; 0,37)
дулоксетин	0,10 (-0,01; 0,22)	0,09 (-0,13; 0,30)	0,02 (-0,28; 0,32)	0,25 (0,11; 0,39)
пароксетин	0,22 (-0,34; 0,79)	-	-	-
циталопрам	0,02 (-0,28; 0,32)	0,09 (-0,21; 0,38)	-	-
сертралин	-0,12 (-0,51; 0,28)	-0,16 (-0,56; 0,23)	-0,10 (-0,49; 0,30)	-
фенелзин	-0,02 (-0,61; 0,58)	-	-	-
нортриптилин	0,01 (-0,57; 0,59)	-	-	-
суммарно	0,16 (0,05; 0,27)	0,10 (-0,06; 0,26)	0,12 (-0,03; 0,28)	0,24 (0,15; 0,34)

Таким образом, суммарно (для всех антидепрессантов) величина эффекта в отношении влияния на скорость психомоторных реакций является небольшой, но статистически значимой ($p=0,004$). При этом максимальный показатель отмечался для вортиоксетина ($p=0,0001$); для всех остальных препаратов он не достигал статистической значимости. При исключении вортиок-

сетина из общего анализа, суммарный показатель также был ниже статистической значимости. Кроме того, следует отметить, что результаты по данному тесту дифференцировались для различных возрастных групп: для пациентов моложе 65 лет положительное влияние на когницию при применении антидепрессантов было значительно выше (0,23; 95% ДИ=0,04,0,43; $p=0,02$) по сравне-

²В части исследований изучались 2 антидепрессанта, сравниваемых с одной и той же контрольной группой.

нию с больными старше 65 лет (0,10; 95% ДИ 0,00,0,21; $p = 0,06$). В последнем случае, по всей вероятности, существенную роль начинали играть ухудшающие когницию инволюционные факторы.

Величина эффекта антидепрессивной терапии (по сравнению с плацебо) в отношении когнитивного контроля во всех случаях была крайне низкой, не приближаясь к статистически значимым цифрам. Это же касалось и исполнительной функции, за исключением вортиоксетина, для которого данный показатель достигал статистической значимости (0,26; 95% ДИ=0,12,0,39; $p=0,0002$). И, наконец, имеющиеся в наличии результаты отсроченного воспроизведения продемонстрировали, что величина эффекта для каждого их двух изученных препаратов (дулоксетина и вортиоксетина) достигала статистической значимости ($p=0,0005$ и $p=0,0007$ соответственно), как и суммарный показатель ($p=0,00001$).

Парное сравнение препаратов позволило получить следующие данные в отношении динамики показателей памяти. Сопоставление СИОЗС/СИОЗСН с ТЦА выявило некоторое (не достигающее статистической значимости) преимущество первых (величина эффекта 0,33; 95% ДИ=0,11,0,78; $p=0,14$). Однако при исключении сопоставления венлафаксина и дотиепина (данное исследование вносило существенный элемент гетерогенности) результаты показатели становились статистически значимыми (0,58; 95% ДИ=0,31,0,84; $p < 0,00001$).

Сравнение влияния СИОЗС (пароксетина, $n=30$ и эсциталопрама, $n=19$) и бупропиона ($n=46$) на рабочую память продемонстрировало некоторое (не достигающее статистической значимости) преимущество последнего (-0,22; 95% ДИ=-0,62,0,19; $p=0,29$). При сопоставлении скорости психомоторных реакций у больных, получавших сертралин ($n=107$) и флуоксетин ($n=100$), выявлено преимущество сертралина (0,38; 95% ДИ=0,11,0,66; $p=0,006$).

Кроме приведенных выше был осуществлен еще ряд исследований, не соответствующих строгим критериям отбора для мета-анализа, однако дополняющих общую картину влияния антидепрессантов на когнитивную функцию больных с депрессией. Так, в небольшом исследовании, сопоставляющем эффективность эсциталопрама ($n=36$) и дулоксетина ($n=37$) было показано, что оба препарата улучшали слуховую и зрительную эпизодическую память, а также, в меньшей степени, рабочую память и скорость обработки информации, причем имелась не достигающая статистической значимости тенденция к некоторому преимуществу дулоксетина [19]. В другом открытом исследовании были получены данные о не зависящем от редукции собственно депрессивной симптоматики положительном влиянии миртазапина на когнитивную функцию у депрессивных больных [5]. Еще в одной работе было продемонстри-

ровано положительное влияние ребоксетина на поддержание внимания и скорость обработки информации [13].

В целом, следует отметить, что имеющиеся в настоящее время данные, формируют довольно пеструю и неоднозначную картину влияния антидепрессивной терапии на когнитивную функцию больных с депрессивной симптоматикой, хотя сам факт такого влияния не вызывает сомнений. Сложность оценки изучаемого явления связана со значительной гетерогенностью имеющегося материала (изучались лишь отдельные когнитивные функции) и, в части случаев, относительно небольшим количеством наблюдений. Исключением в этом отношении являются 2 препарата: дулоксетин и вортиоксетин (новый мультимодальный антидепрессант), число пролеченных больных с использованием которых достаточно для формулирования обоснованных выводов, касающихся различных когнитивных функций [18, 24, 25, 29]. Прямое сравнение препаратов выявило более широкий спектр и силу действия на когнитивные функции вортиоксетина (за исключением слухоречевой памяти, когда эффективность препаратов была разнозначной), однако наиболее существенным представляется факт непосредственного влияния антидепрессантов на когницию, вне зависимости от редукции депрессии: как показал пат-анализ, 83% влияния вортиоксетина на результаты объяснялось прямым эффектом препарата, не зависящим от уменьшения выраженности депрессивной симптоматики (для дулоксетина этот показатель составлял только 26%).

Несмотря на важность определения возможности и степени редукции когнитивных нарушений при проведении фармакотерапии, ограничиваться только попыткой их купирования с помощью антидепрессантов или других лекарственных средств было бы неверно. Биопсихосоциальный подход к оказанию психиатрической помощи подразумевает использование, наряду с биологическими методами лечения, широкий спектр психосоциальных мероприятий. В частности, имеются указания об эффективности проведения в этих случаях когнитивной ремедиации [7, 12]. Так, 90-минутные компьютеризированные занятия, проводимые в течение 10 недель, позволили пациентам с резистентной депрессией добиться улучшения внимания, памяти, скорости обработки информации и исполнительной функции [7]. Однако остается открытым вопрос, в какой степени этот прогресс сказывается на повседневном функционировании.

В этом, последнем отношении наиболее применимой оказывается когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ), широко используемая у депрессивных больных и доказавшая свою высокую эффективность [26]. При этом, по мнению ряда исследователей [34, 35], с учетом полученных в последние годы данных в отношении нейробиологических механизмов развития

аффективной симптоматики необходимо переосмыслить лежащую в основе КБТ когнитивную модель депрессии Бека. Эта обновленная теория учитывает как традиционный психологический подход, опирающийся на концепцию порочного круга дисфункциональных негативных схем, так и на описанные выше нейробиологические аспекты развития депрессии, связанные с патологическим функционированием нейрональных сетей. В заключение, следует отметить, что когнитивные нарушения у больных с депрессией в настоящее время можно рассматривать как одни из важнейших показателей течения заболевания: они

могут указывать на предрасположенность к развитию депрессивных расстройств (маркеры биопсихосоциальной уязвимости), степень активности болезненного процесса, полноту и качество ремиссии, прогноз болезни, являясь одной из ключевых мишеней комплексной полипрофессиональной терапии, направленной не только на купирование собственно депрессивной симптоматики, но и на существенное улучшение социального функционирования и качества жизни пациентов.

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. Т 112, №8. С. 7–14
2. Шмуклер А.Б. Проблемы шизофрении в современных исследованиях: достижения и дискуссионные вопросы. М., 2011. 84 с.
3. Шмуклер А.Б., Семенкова Е.А. Возрастные особенности нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т.23, № 4. С. 19–23.
4. Airaksinen E., Wahlin A., Forsell Y., Larsson M. Low episodic memory performance as a premorbid marker of depression: evidence from a 3-year follow-up // Acta Psychiatr. Scand. 2007. Vol. 115. P. 458–465.
5. Borkowska A., Drozd W., Ziolkowska-Kochan M., Rybakowski J. Enhancing effect of mirtazapine on cognitive functions associated with prefrontal cortex in patients with recurrent depression // Neuropsychopharmacol. Hung. 2007. Vol. 9. N 3. P. 131–136.
6. Bourke C., Douglas K., Porter R. Processing of facial emotion expression in major depression: a review // Aust. N. Z. J. Psychiatry. 2010. Vol. 44. P. 681–696.
7. Bowie C.R., Gupta M., Holshausen K., Jokic R., Best M., Milev R. Cognitive remediation for treatment-resistant depression: effects on cognition and functioning and the role of online homework // J. Nerv. Ment. Dis. 2013. Vol. 201. N 8. P. 680–685.
8. Bradley B.P., Mogg K., Williams R. Implicit and explicit memory for emotion-congruent information in clinical depression and anxiety // Behav. Res. Ther. 1995. Vol. 33. P. 755–770.
9. Chamberlain S.R., Sahakian B.J. The neuropsychology of mood disorders // Cur. Psychiat. Rep. 2006. Vol 8. P. 458–463.
10. Conradi H.J., Ormel J., de Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study // Psychol. Med. 2011. Vol. 41, N 6. P. 1165–1174.
11. Dickinson D. Zeroing in on early cognitive development in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2014. Vol. 171, N 1. P. 9–12.
12. Elgamal S., McKinnon M.C., Ramakrishnan K., Joffe R.T., Macqueen G. Successful computer-assisted cognitive remediation therapy in patients with unipolar depression: a proof of principle study // Psychol. Med. 2007. Vol. 37, N 9. P. 1229–1238.
13. Ferguson J.M., Wesnes K.A., Schwartz G.E. Reboxetine versus paroxetine versus placebo: effects on cognitive functioning in depressed patients // Int. Clin. Psychopharmacol. 2003. Vol. 18, N 1. P. 9–14.
14. Godlewska B.R., Norbury R., Selvaraj S., Cowen P.J., Harmer C.J. Short-term SSRI treatment normalises amygdala hyperactivity in depressed patients // Psychol. Med. 2012. Vol. 42. P. 2609–2617.
15. Godlewska B.R., Browning M., Norbury R., Cowen P.J., Harmer C.J. Early changes in neural response to emotional stimuli predict clinical response to SSRI treatment in depression // J. Psychopharmacol. 2014. Suppl. 28, A45.
16. Harmer C.J., O'Sullivan U., Favaron E., Massey-Chase R., Ayres R., Reinecke A., Goodwin G.M., Cowen P.J. Effect of acute antidepressant administration on negative affective bias in depressed patients // Am. J. Psychiatry. 2009. Vol. 166. P. 1178–1184.
17. Harmer C.J., de Bodinat C., Dawson G.R., Dourish C.T., Waldenmaier L., Adams S., Cowen P.J., Goodwin G.M. Agomelatine facilitates positive versus negative affective processing in healthy volunteer models // J. Psychopharmacol. 2011. Vol. 25. P. 1159–1167.
18. Harrison J.E., Lophaven S., Olsen C.K. Which Cognitive Domains are Improved by Treatment with Vortioxetine? // Int. J. Neuropsychopharmacol. 2016. doi: 10.1093/ijnp/pyw054.
19. Herrera-Guzmán I., Gudayol-Ferré E., Herrera-Guzmán D., Guàrdia-Olmos J., Hinojosa-Calvo E., Herrera-Abarca J.E. Effects of selective serotonin reuptake and dual serotonergic-noradrenergic reuptake treatments on memory and mental processing speed in patients with major depressive disorder // J. Psychiatr. Res. 2009. Vol. 43, N 9. P. 855–863.
20. Lee R.S.C., Hermens D.F., Porter M.A., Redoblado-Hodge M.A. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder // J. Affect. Disord. 2012. Vol. 140. P. 113–124.
21. Leonard B.E. Inflammation, depression and dementia: are they connected? // Neurochem. Res. 2007. Vol. 32, N 10. P. 1749–1756.
22. Ma Y. Neuropsychological mechanism underlying antidepressant effect: a systematic metaanalysis // Mol. Psychiatry. 2014. Vol. 20. P. 311–319.
23. Madre M., Canales-Rodríguez E.J., Ortiz-Gil J., Murru A., Torrent C., Bramon E., Perez V., Orth M., Brambilla P., Vieta

- E., Amann B.L. Neuropsychological and neuroimaging underpinnings of schizoaffective disorder: a systematic review // *Acta. Psychiatr. Scand.* 2016. Vol. 134, N 1. P. 16–30.
24. Mahableshwarkar A.R., Jacobsen P.L., Serenko M., Chen Y. A randomized, double-blind, fixed-dose study comparing the efficacy and tolerability of vortioxetine 2.5 and 10 mg in acute treatment of adults with generalized anxiety disorder // *Hum. Psychopharmacol.* 2014. Vol. 29, N 1. P. 64–72.
25. McIntyre R.S., Xiao H.X., Syeda K., Vinberg M., Carvalho A.F., Mansur R.B., Maruschak N., Cha D.S. The prevalence, measurement, and treatment of the cognitive dimension/domain in major depressive disorder // *CNS Drugs.* 2015. Vol. 29, N 7. P. 577–589.
26. Okumura Y., Ichikura K. Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis // *J. Affect. Disord.* 2014. Vol. 164. P. 155–164.
27. Panza F., Frisardi V., Capurso C., D'Introno A., Colacicco A.M., Imbimbo B.P., Santamato A., Vendemiale G., Seripa D., Pilotto A., Capurso A., Solfrizzi V. Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum? // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2010. Vol. 18, N 2. P. 98–116
28. Papakostas G.I., Culppepper L. Understanding and managing cognition in the depressed patient // *J. Clin. Psychiatry.* 2015. Vol. 76, N 4. P. 418–425.
29. Raskin J., Wiltse C.G., Siegal A., Sheikh J., Xu J., Dinkel J.J., Rotz B.T., Mohs R.C. Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial // *Am. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 164, N 6. P. 900–909.
30. Reichenberg A., Weiser M., Rapp M.A., Rabinowitz J., Caspi A., Schmeidler J., Knobler H.Y., Lubin G., Nahon D., Harvey P.D., Davidson M. Elaboration on premorbid intellectual performance in schizophrenia: premorbid intellectual decline and risk for schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005. Vol. 62. P. 1297–1304.
31. Reichenberg A., Harvey P.D. Neuropsychological impairments in schizophrenia: integration of performance-based and brain imaging findings // *Psychol. Bull.* 2007. Vol. 133. P. 833–858.
32. Reichenberg A., Caspi A., Harrington H., Houts R., Keefe R.S.E., Murray R.M., Poulton R., Moffitt T.E. Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: a 30-year study // *Am. J. Psychiatry.* 2010. Vol. 167, N 2. P. 160–169.
33. Rock P.L., Roiser J.P., Riedel W.J., Blackwell A.D. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis // *Psychol. Med.* 2014. Vol. 44. P. 2029–2040.
34. Roiser J.P., Elliott R., Sahakian B.J. Cognitive mechanisms of treatment in depression // *Neuropsychopharmacology.* 2012. Vol. 37, N 1. P. 117–136.
35. Roiser J.P., Sahakian B.J. Hot and cold cognition in depression // *CNS Spectrums.* 2013. Vol. 18. P. 139–149.
36. Rosenblat J.D., Kakar R., McIntyre R.S. The Cognitive Effects of Antidepressants in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials // *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2015. Vol. 19, N 2. doi: 10.1093/ijnp/pyv082
37. Shiroma P.R., Thuras P., Johns B., Lim K.O. Emotion recognition processing as early predictor of response to 8-week citalopram treatment in late-life depression // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2014. 29. P. 1132–1139.
38. Smith D.J., Muir W.J., Blackwood D.H.R. Neurocognitive impairment in euthymic young adults with bipolar spectrum disorder and recurrent major depressive disorder // *Bipolar Disord.* 2006. Vol. 8. P. 40–46.
39. Solé B., Jiménez E., Martínez-Aran A., Vieta E. Cognition as a target in major depression: New developments // *Eur. Neu-*



Биологическая психиатрия

УДК 616.895.8: 616-06

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ**ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ****И.А. Меднова¹, Л.В. Гертнер², В.В. Дубровская¹,
Т.М. Суханова³, А.С. Бойко¹**¹ – НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук² – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации³ – Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой»

Аннотация. В последние годы активно обсуждается проблема метаболических расстройств у пациентов с шизофренией. Имеются данные, указывающие на атерогенный характер изменений крови, а также нарушение толерантности к глюкозе при шизофрении. Целью данного исследования является изучение биохимических изменений сыворотки крови пациентов с шизофренией. Было проведено комплексное клиническое и лабораторное обследование 94 больных шизофренией (43 мужчины и 51 женщина) и 43 здоровых лиц. Выявлено статистически значимое увеличение уровня триглицеридов ($p=0,040$) и снижение концентрации липопротеинов высокой плотности ($p<0,001$) при шизофрении по сравнению с контрольной группой. Выявленные нарушения повышают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и атеросклероза у больных шизофренией, в связи с чем, необходим мониторинг липидного спектра больных в процессе терапии антипсихотическими препаратами.

Ключевые слова: шизофрения, биохимические показатели, липидный обмен, углеводный обмен.

BIOCHEMICAL INDICATORS OF LIPID AND CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**I.A. Mednova, L.V. Gertner, V.V. Dubrovskaya, T.M. Suhanova, A.S. Boiko**

Resume. In recent years, the metabolic problems in patients with schizophrenia have been actively discussed. There is evidence of the atherogenic nature of blood changes, as well as the violation of glucose tolerance in schizophrenia. Objective of this research is to study biochemical changes in blood serum of patients with schizophrenia. A comprehensive clinical and laboratory examination was conducted in 94 patients with schizophrenia (43 men and 51 women) and 43 healthy individuals. A statistically significant increase in the level of triglycerides ($p = 0.040$) and a decrease in the concentration of high-density lipoproteins ($p < 0.001$) in schizophrenia compared with the control group was revealed. The revealed disorders increase the risk of occurrence of cardiovascular diseases and atherosclerosis in patients with schizophrenia, therefore, therefore, it is necessary to monitor the lipid spectrum of patients during antipsychotic therapy.

Keywords: schizophrenia, biochemical indicators, lipid metabolism, carbohydrate metabolism.

Актуальность. Проблема метаболических нарушений у пациентов с шизофренией занимает одно из ведущих мест среди побочных эффектов антипсихотических препаратов, снижает качество жизни пациента и нередко является причиной отказа от терапии [8, 15, 17]. Вклад в развитие метаболических нарушений при шизофрении вносит как сама психопатологическая симптоматика шизофрении: высокий уровень стресса с гиперактивацией гипоталамо – гипофизарно – надпочечникового пути, негативная симптоматика, ведущая к гиподинамии, снижение инициативности в заботе о здоровье, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, неправильное питание, увеличение веса, так и терапия атипичными антипсихотиками [6]. Метаболические побочные эффекты антипсихотической терапии включают три основных относительно незави-

симых симптомокомплекса, к которым относятся: увеличение массы тела, нередко сопровождающееся нарушениями пищевого поведения, нарушения толерантности к глюкозе (гипергликемия) и дислипидемия [1]. Применяемая антипсихотическая терапия оказывает существенное влияние на спектр биохимических показателей у больных шизофренией [3, 9].

Исследование M. De Hert подтверждает высокую распространенность метаболических нарушений у больных шизофренией, возрастающих с увеличением продолжительности болезни. Рост распространенности метаболических аномалий был наиболее заметен после 10 или более лет с момента установления диагноза шизофрении [12]. Ретроспективная оценка базы данных обследования более 30 тысяч больных шизофренией показала, что сахарный диабет второго типа статистически значимо чаще встречается в группе больных при терапии антипсихотиками

второго поколения по сравнению с классическими нейрелептиками (58,8% и 41,1% соответственно). При этом у больных, не получающих антипсихотическую терапию, риск развития сахарного диабета второго типа был в 7 раз ниже по сравнению с больными, принимающими клозапин и в 3 раза ниже по сравнению с приемом оланзапина [2]. Изменения липидного спектра на фоне приема нейрелептиков имеют типично атерогенный характер и заключаются в повышении уровня общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), снижении уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и повышении уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) [10]. При этом индукцию метаболических нарушений вызывают как прием классических антипсихотических препаратов, так и антипсихотиков второго поколения. Согласно Jung Sun Lee лекарственно-индуцированные метаболические нарушения наблюдаются у 39% пациентов, принимающих галоперидол, 44% - клозапин, 22,0% - арипразол, 33,3% - амисульпид, 34,0% - оланзапин, 35% - рисперидон [13]. Наряду с этим показано, что клозапин и оланзапин вызывают значительную гипертриглицеридемию по сравнению с типичными антипсихотиками [14]. Для оптимизации подходов к ранней диагностике и оценке риска развития побочных эффектов представляется целесообразным проведение лабораторных исследований метаболических нарушений у больных шизофренией и их применение в качестве дополнительных параклинических методов [4, 5].

Целью данного исследования является изучение биохимических изменений сыворотки крови пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. Было проведено комплексное клиническое и лабораторное обследование 94 больных шизофренией (F20 согласно МКБ-10), поступивших на лечение в отделение эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г.). Критериями включения в группу исследования являлись: возраст пациентов от 18 до 60 лет; наличие подписанной формы информированного согласия на участие в исследовании; верифицированный диагноз шизофрении согласно МКБ-10 (F20). Критериями исключения из исследования были: наличие заболеваний, передающихся половым путем; наличие коморбидных неврологических и соматических заболеваний, затрудняющих объективную оценку клинического состояния, вызванного основным заболеванием; отказ больного от участия в исследовании.

Группа исследуемых пациентов сформирова-

на из этнически русских лиц, не состоящих в кровном родстве. Проводилась стандартизация группы по полу, возрасту, стадии и длительности заболевания, тяжести актуального состояния и коморбидной патологии.

Группу контроля для лабораторных исследований составили 43 психически и соматически условно здоровых лиц, соответствующих по полу и возрасту, не имеющих острых и хронических инфекционных, воспалительных, аутоиммунных заболеваний, соматических заболеваний в острой фазе.

У больных шизофренией и здоровых лиц кровь для исследований брали из локтевой вены, утром, натощак в пробирки типа Vacuette с активатором образования сгустка (SiO₂). В качестве исследуемого материала использовалась сыворотка крови, получаемая по стандартной методике отделением эритроцитов центрифугированием (2000g 20 минут при температуре +4 °C в центрифуге с охлаждением Orto Alresa Digicen 21R (Испания).

Определение концентрации ХС, ТГ и ЛПВП в сыворотке крови проводилось колориметрическими, энзиматическими методами с использованием коммерческих наборов производителя Cormay (Польша). Концентрацию ЛПНП рассчитывали по формуле Фридвальда (Friedewald W, 1972): ЛПНП (ммоль/л) = общий ХС - ЛПВП - ТГ/2,2. Определение глюкозы в сыворотке крови проводилось колориметрическим, энзиматическим методом с оксидазой глюкозы с использованием диагностического набора Liquick Cor-GLUCOSE (Cormay, Польша). Концентрацию инсулина в сыворотке крови определяли твердофазным «сэндвич» - методом иммуноферментного анализа с использованием наборов Инсулин-ИФА-БЕСТ (Вектор-Бест, Россия).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ SPSS Statistic для Windows. Выборки проверяли на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка. Значимость различий определяли по t-критерию Стьюдента при нормальном распределении для независимых выборок с вычислением среднего и стандартного отклонения (M±SD). Для независимых выборок при распределении, отличающемся от нормального, значимость определяли по U-критерию Манна-Уитни с вычислением медианы и квартилей (Me [Q1; Q3]). Различия считали статистически значимыми при p≤0,05.

Результаты и обсуждение

Распределение по полу обследованных пациентов было следующим: мужчин оказалось 43 человека (45,7%), женщин - 51 (53,3%). В исследование были включены лица от 18 до 60 лет. Медиана возраста пациентов составила 35 [28,5; 42,5] лет. Длительность основного психического

заболевания – 13,5 [4; 20.8] лет.

При поступлении в клинику для изучения состояния липидного и углеводного обмена у пациентов с шизофренией была проведена оценка биохимических показателей, отражающих данные звенья метаболизма у пациентов и здоровых лиц.

Концентрация глюкозы в сыворотке крови больных шизофренией составила $5,2 \pm 0,4$ ммоль/л, у здоровых $5 \pm 0,6$ ммоль/л. Различия не являются статистически значимыми ($p=0,240$). При анализе уровня инсулина у пациентов и здоровых лиц значимых различий также выявлено не было ($p=0,244$): у больных шизофренией $2,1 [0,4; 6,4]$ МкМЕ/Мл и у здоровых лиц $1,4 [0,2; 3,5]$ МкМЕ/Мл.

При анализе уровня общего холестерина у пациентов и здоровых лиц статистически значимых различий выявлено не было (у больных шизофренией $4,4 [3,8; 5,2]$ ммоль/л и у здоровых лиц $4,5 [3,4; 5,1]$ ммоль/л, $p=0,461$). Концентрация липопротеинов низкой плотности в сыворотке крови больных шизофренией составила $2,6 \pm 0,9$ ммоль/л, у здоровых $2,2 \pm 0,8$ ммоль/л. Различия не являются значимыми ($p=0,078$), однако находятся на уровне статистической тенденции. Было выявлено значимое повышение уровня триглицеридов ($p=0,040$), а также понижение концентрации липопротеинов высокой плотности ($p<0,001$) в сыворотке крови больных лиц по сравнению с показателями в контрольной группе (табл. 1).

Таблица 1

Концентрация общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой и низкой плотности (ммоль/л) в сыворотке крови больных шизофренией и здоровых лиц (Me[Q1;Q3]) (M±SD)

Показатели	Здоровые лица N=43	Пациенты N=94	p-value
Общий холестерин, ммоль/л	4,5 [3,4; 5,1]	4,4 [3,8; 5,2]	0,461
ТГ, ммоль/л	1,2 [1;1,3]	1,4 [0,9;1,9]	0,040*
ЛПВП, ммоль/л	$1,5 \pm 0,26$	$1,11 \pm 0,31$	0,000*
ЛПНП, ммоль/л	$2,6 \pm 0,9$	$2,2 \pm 0,8$	0,078

p - уровень статистической значимости различий при сравнении показателей больных шизофренией и здоровых лиц

Существует три группы специфичных для больных шизофренией факторов, способных приводить к развитию обменных нарушений [7]. Психопатологическая симптоматика, свойственная шизофрении, с течением этого заболевания может в той или иной степени оказывать неблагоприятное воздействие на процессы обмена веществ, способствуя развитию метаболических нарушений [11]. Неоспоримым является и влияние длительной антипсихотической терапии. Во многих исследованиях было показано, что ряд антипсихотических препаратов (преимущественно атипичных) негативно воздействует практически на все компоненты метаболизма [14]. Кроме этого, возможно единство патогенетических механизмов развития расстройств обмена веществ и шизофрении. Больные шизофренией подвержены влиянию большого числа неблагоприятных факторов,

способствующих развитию обменных нарушений. Некоторые из перечисленных выше факторов являются специфичными для этой категории больных, другие неспецифичными, но изменяющимися под воздействием факторов, характерных для больных шизофренией [16].

Таким образом, выявлены нарушения в липидном спектре сыворотки крови больных шизофренией. Так сыворотка крови больных шизофренией отличается повышенной атерогенностью, за счет увеличения фракций триглицеридов и снижения липопротеинов высокой плотности. Выявленные нарушения повышают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и атеросклероза у больных шизофренией, в связи с чем, необходим мониторинг липидного спектра больных в процессе терапии антипсихотическими препаратами.

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФ № 18-15-00011 «Шизофрения, сочетанная с метаболическим синдромом: клинко-конституциональные факторы и молекулярные маркеры»

Литература

1. Горобец, Л. Н. К проблеме увеличения массы тела у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством при купирующей антипсихотической терапии / Л. Н. Горобец // Психические расстройства в общей медицине. - 2008. - № 3. - С. 37 - 41.
2. Горобец, Л. Н. Проблема соматического здоровья у психически больных : сахарный диабет 2 типа / Л. Н. Горобец, А. В. Литвинов, Т. П. Поляковская // Социальная и клиническая психиатрия. - 2013. - № 4. - С. 62 - 75.
3. Иванова С.А. и др. Активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и каталазы в эритроцитах больных шизофренией в динамике фармакотерапии традиционными антипсихотическими препаратами // Нейрохимия, 2014, т. 31, № 1, С. 79-83.
4. Иванова С.А. и др. Поиск биомаркеров и разработка фармакогенетических подходов к персонализированной терапии больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 1 (76). С. 12-17.
5. Иванова, С. А. Клинико-диагностическое значение молекул средней массы у больных психическими и неврологическими расстройствами: пособие для врачей / С. А. Иванова, В. М. Алифирова, В. Ф. Лебедева, Семке А.В., Кротенко Н.В., Левчук Л.А., Смирнова Л.П., Кротенко Н.М., Казенных Т.В., Перчаткина О.Э., Бурдовицина Т.Г., Гуткевич Е.В. // Пособие для врачей – Томск, 2010. – 32 с.
6. Мартынихин, И. А. Метаболический синдром и факторы риска его развития среди госпитализированных больных параноидной формой шизофрении / И. А. Мартынихин // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. - № 1. - С. 24 - 25.
7. Мартынихин, И. А. Метаболический синдром у больных шизофренией : распространенность, факторы риска, меры профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / И. А. Мартынихин. - Санкт-Петербург, 2009. - 25 с.
8. Мосолов С. Н. и др. Метаболические нарушения при лечении больных шизофренией // Современная терапия психических расстройств. – 2008. – № 3. – С. 4-16.
9. Щигорева Ю.Г. и др. Динамика биохимических показателей белкового и углеводного обмена в сыворотке крови больных шизофренией в процессе фармакотерапии атипичными антипсихотиками // Сибирский вестник психиатрии и наркологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 3 (78). С. 65-68.
10. Юнилайнен, О. А. Влияние антипсихотических препаратов на обмен веществ / О. А. Юнилайнен, Е. Г. Старостина // Ожирение и метаболизм. - 2012. - № 3.- С. 11 - 13.
11. Юрьева, Л. Н. Этиология и патогенез шизофрении: лекция / Л. Н. Юрьева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2010. - № 6. - С. 139 - 153.
12. Hert, M. De. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study / M. De Hert, R. van Winkel et al // Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2006. - Vol. 2. - P. 14
13. Lee J. S. et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with schizophrenia in Korea: a multicenter nationwide cross-sectional study // Psychiatry investigation. – 2017. – Т. 14. – №. 1. – С. 44-50.
14. Olose, E. O. Dyslipidaemia and Medical Outcome (Health Related Quality of Life) in Patients with Schizophrenia Taking Antipsychotics in Enugu, Nigeria / E. O. Olose J Edet // Psychiatry J. – 2017. - Vol. 10. - P. 9.
15. Padmavati R. Metabolic syndrome, serious mental illnesses & lifestyle // The Indian journal of medical research. – 2016. – Т. 143. – №. 4. – С. 395.
16. Woods, A. G. Potential biomarkers in psychiatry : focus on the cholesterol system / A. G. Woods, I. Sokolowska, R. Taurines, M. Gerlach, E. Dudley // J Cell Mol Med. - 2012. - Vol. 16. - P. 1184 - 95.
17. Yogarathnam, J. Metabolic complications of schizophrenia and antipsychotic medications - an updated review. / J. Yogarathnam, N. Biswas, R. Vadivel // East Asian Arch Psychiatry - 2013. - Vol. 1. - P. 21 - 8.



Возрастные аспекты психиатрии

УДК: 616.89

ВКЛАД БИОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО В ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ

А.Н. Лубеницкая, Т.И. Иванова

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

Аннотация. Данная работа ставит целью изучение вклада социальных факторов в формирование психических расстройств детского возраста эндогенного (умственная отсталость) и экзогенного генеза (органическое расстройство) на основании анализа типов семейного воспитания и родительского отношения. Группы исследования составили дети с психическими расстройствами экзогенного и эндогенного генеза, контрольную группу - психически здоровые дети.

Ключевые слова. семейное воспитание, родительское отношение, психические расстройства, умственная отсталость, органическое расстройство.

THE CONTRIBUTION OF THE BIOLOGICAL AND SOCIAL IN THE FORMATION OF MENTAL DISORDERS OF THE CHILD AGE ON THE EXAMPLE OF THE PECULIARITIES OF FAMILY EDUCATION

A.N. Lubenitskaya, T.I. Ivanova

Annotation. This work aims to study the contribution of social factors to the formation of mental disorders of childhood endogenous (mental retardation) and exogenous genesis (organic disorder) on the basis of analysis of types of family education and parental relationship. The study groups were children with mental disorders of exogenous and endogenous genesis, the control group - mentally healthy children.

Keywords. Family education, parental attitudes, mental disorders, mental retardation, organic disorder.

Актуальность. Многочисленные исследования, касающиеся изучения формирования психических расстройств детского возраста, неоднократно подчеркивали, что возникновение психических заболеваний у детей определяется комплексом факторов, объединяющих как биологические, так и социальные аспекты. [1, 2]. Неблагополучная семья может оказывать прямое или опосредованное негативное влияние на процесс онтогенеза личности, препятствуя её сбалансированному психофизиологическому развитию. Таким образом, в случае, когда родители демонстрируют девиантное поведение, а также мало заботятся и неэффективно контролируют поведение детей, согласно теории семейного взаимодействия (Брук, 1990), ребенок попадает в группу риска по агрессивности, склонности к бунтарству, ориентации на поиск ощущений, употреблению ПАВ, неумению контролировать свои эмоции, слабо выраженной ориентации на достижения, сниженной самооценке и развитию депрессии. [3, 4] Отсутствие теплых семейно-иерархических отношений с родственниками, нарушение психологического контакта тяжело переживаются детьми и подростками [5]. Согласно исследованиям Адевуца А.О. (2006) [6], выделены социальные факторы риска возникновения депрессий у детей и подростков, среди которых большое значение уда-

лено семейным показателям. Многочисленными исследованиями подтверждено формирование девиантных форм поведения у детей на основании таких семейных факторов, как возраст матери, наличие братьев и сестер, асоциальное поведение родителей, эмоциональная недоступность матери, внутрисемейные конфликты, девиантные модели поведения [7, 8, 9]. Представители отечественной школы психологии, отдавая должное природным предпосылкам возникновения делинквентности, обоснованно учитывают важность для процесса формирования отклоняющегося поведения не только биологические, но и социальные причины, при этом социальные преобладают. Внутрисемейные конфликты, влияние подростковых групп, негативное воздействие средств массовой информации и ценности, преобладающие в обществе, должны учитываться как факторы социального влияния [10, 11].

Цель. Представить особенности воспитания в семьях детей с психическими расстройствами эндогенного и экзогенного генеза.

Задачи.

- Изучить распространенность дисгармоничных типов воспитания у детей с психическими расстройствами и у здоровых детей;
- Проанализировать типы воспитания и оценить распространенность отдельных харак-

теристик негармоничного воспитания в семьях, где есть дети с психическими расстройствами, и семьях, в которых дети психически здоровы;

- Исследовать родительское отношение к детям с нарушениями психического развития и без них.

Материалы и методы: Всего было обследовано 70 семей с детьми в возрасте 6 – 12 лет. Среди них родители 20 (28,6% исследуемых) детей с диагнозом «Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга» (код по МКБ-10 F07), 20 (28,6%) детей с диагнозом «Умственная отсталость легкой степени» (код по МКБ-10 F70) и 30 (42,8%) детей, не страдающих нарушениями психического развития, являющихся контрольной группой. 33 (47,1%) ребенка – девочки, причем в «F07» - 11 (55% исследуемой группы), в «F70» - 7 (35%), в контрольной группе 15 (50%) человек, мальчики – 37 (52,9% всех исследуемых) детей, в «F07» - 9 (45% группы), в «F70» - 13 (65%) и 15 (50%) в контрольной группе. 47 (67% всех исследуемых) семей являются полными, из них 15 (75% группы) относятся к группе «F07», 12 (60%) – «F70» и 20 (66,7%) – к контрольной группе. Остальные 23 (32,9% всех исследуемых) – неполные, «F07» - 5 (25% группы) семей, «F70» - 8 (40%), в контрольной группе 10 (33,3%) семей. Все пациенты основных групп поступили для лечения в психиатрическое детское отделение №10 и отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков, нарушение поведения служило основной жалобой.

Для оценки особенностей воспитания был использован опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1987)[12], а также тест-опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988)[13].

Результаты и их обсуждение: В ходе анализа ответов на опросник «Анализ семейных взаимоотношений», было выявлено, что распространенность негармоничных типов воспитания в исследуемых группах достоверно выше, чем в контрольной ($p=0,05$). (рис.1)

Среди семей пациентов с органическим расстройствами (F07) преобладали следующие типы негармоничного воспитания: доминирующая гиперпротекция (15% (n-3)) и потворствующая гиперпротекция (10% (n-2)). В семьях пациентов с умственной отсталостью (F70) обнаружены: доминирующая гиперпротекция (4 случая (20%)) и повышенная моральная ответственность (1 случай (5%)). Среди семей психически здоровых детей отмечен 1 случай (5% исследуемой группы) доминирующей гиперпротекции.

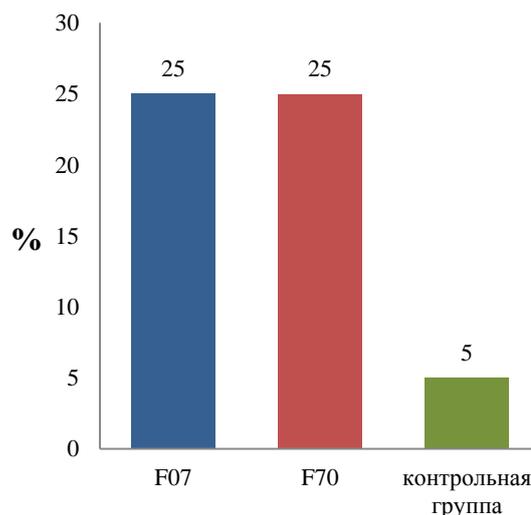


Рис. 1. Распространенность негармоничных типов воспитания в исследуемых группах

Таким образом, преобладающим типом воспитания в группах детей с психическими расстройствами определяется доминирующая гиперпротекция. Особенностью данной формы воспитания является повышенное внимание со стороны родителей, сочетающееся с многочисленными ограничениями и запретами. Родители стремятся полностью контролировать действия ребенка, игнорируя его личность, что существенно снижает его адаптивные способности: развивается потребительская позиция, беспомощность, а также реакция эмансипации у гипертимных личностей. Как правило, дети, вышедшие из-под родительской опеки не готовы к практической жизни, часто попадая под влияние асоциальных групп. [12, 13]

Вторым по распространенности является воспитание по типу потворствующей гиперпротекции, характеризующееся не столько постоянным контролем, сколько стремлением освободить ребенка от малейших трудностей, максимальным удовлетворением потребностей, не всегда обоснованных, мешая выработке навыков систематического труда и умения постоять за себя и свои интересы. [12, 13]

Повышенная моральная ответственность характеризуется сочетанием высоких требований с пониженным вниманием к потребностям ребенка, часто лелея мысль о том, что он воплотит в жизнь их собственные несбывшиеся мечты. В другом случае условия данного типа воспитания создаются, когда на ребенка возлагаются недетские заботы об уходе за младшими или больными членами семьи. [12, 13]

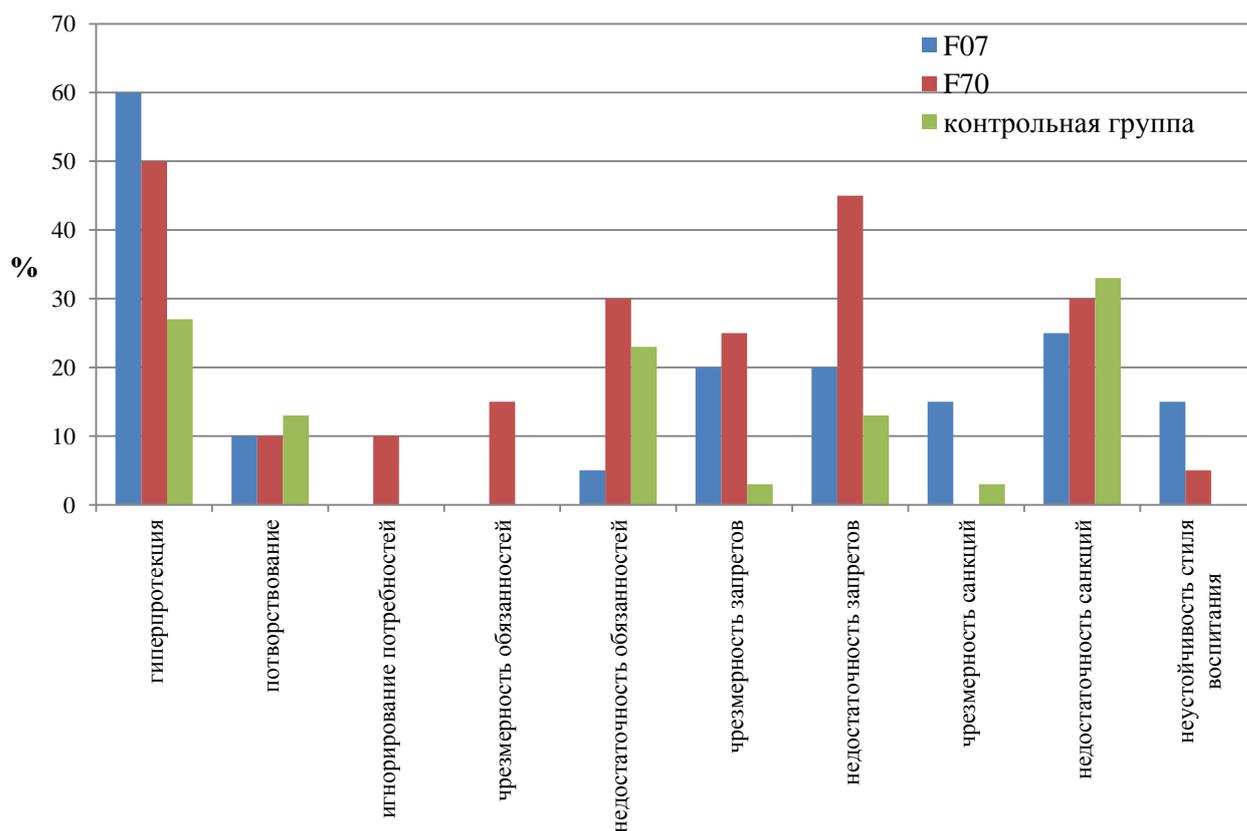


Рис. 2. Частота встречаемости черт негармоничного семейного воспитания в исследуемых группах

Отмечено, что встречаемость гиперпротекции в группе «F70» 60%, что достоверно выше, чем в контрольной группе (27%, $p \leq 0,025$). В группе «F70» случаев игнорирования потребностей ребенка (10% исследуемой группы) и чрезмерности требований-обязанностей (15%) больше, чем в контрольной группе ($p \leq 0,15$), что лежит в основе повышенной моральной ответственности. В то же время имеет место достоверно большая распространенность недостаточности требований-запретов (25%, по сравнению с распространенностью 3% в контрольной группе, $p \leq 0,05$), что стимулирует развитие гипертимного типа личности.[12]

В основных группах присутствует неустойчивость стиля воспитания, наибольший показатель в группе «F07» (15%, $p \leq 0,25$), что характеризуется резкой сменой строгости и мягкости, внимания и эмоциональной холодности. Такой тип содействует формированию упрямства, склонности к протестам [12].

При анализе возможных причин отклонений в семейном воспитании (рис.3) было выяснено, что во всех трех группах в равной степени выражено расширение

родительских чувств, которое лежит в основе потворствующей или доминирующей гиперпротекции [12]

Предпочтение детских качеств, обуславливающее потворствующую гиперпротекцию, имеет малую распространенность в контрольной (7%) по сравнению с группой «F70» (10%, $p \geq 0,3$) и отсутствует в группе «F07».

Воспитательная неуверенность, вызывающая потворствующую гиперпротекцию, либо просто пониженный уровень требований [2], присутствует во всех исследуемых группах, с наибольшей распространенностью 25% в группе «F07» по сравнению с 20% исследуемых в контрольной группе ($p \geq 0,3$).

Влекущая за собой потворствующую или доминирующую гиперпротекцию фобия утраты ребенка более выражена в группах «F07» и «F70» (20% пациентов в обеих группах) в сравнении с контрольной группой (10% исследуемых) ($p \geq 0,3$). Незрелость родительских чувств выявлена у одного обследуемого в группе «F70» (5%), в других группах не встречается.

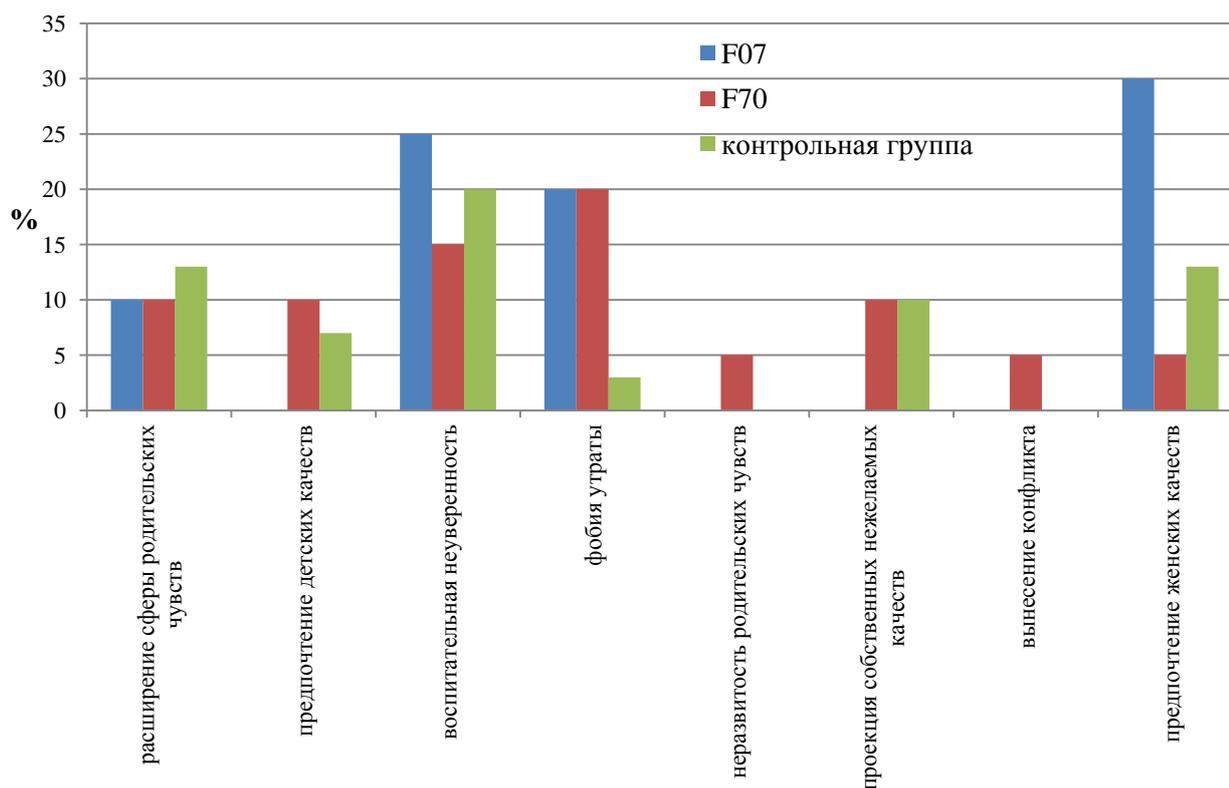


Рис. 3. Распространенность личностных проблем родителей, лежащих в основе негармоничного семейного воспитания, в исследуемых группах

Данное отклонение оказывается нередким для родителей детей с отклонениями личностного развития и может приводить к гипопротекции, эмоциональному отвержению и жестокому обращению.[12]

Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств встречается в 10% в группе «F70» и в контрольной группе с той же распространенностью. Данная личностная проблема может лежать в основе жестокого обращения и эмоционального отвержения.[12]

Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания является единичным случаем среди исследуемых в группе «F70», может проявляться противоречивым типом воспитания, когда потворствующая гиперпротекция одного родителя сочетается с доминирующей гиперпротекцией или эмоциональным отвержением другого.[12]

Сдвиг в установках родителя по отношению к ребенку в зависимости от его пола во всех трех группах представлен шкалой предпочтения женских качеств. Данный показатель в группе «F07» выше, чем в контрольной, 30% и 13% исследуемых, соответственно ($p \leq 0,2$). При данном отклонении в воспитании может развиваться потворствующая гиперпротекция по отношению к девочке и эмоциональное отвержение к мальчику [12].

При интерпретации данных опросника

родительского отношения (рис.4) было выяснено следующее: по шкале «принятие/отвержение» в группе «F07» и контрольной группе 100% испытуемых набрали высокие баллы, что свидетельствует о положительном отношении, родитель проводит достаточно времени с ребенком и не жалеет об этом.[14] В группе «F70» 50% родителей набрали средние баллы, что также является нормой. По шкале «кооперация» 40% испытуемых группы «F07», 55% «F70» и 40% контрольной группы набрали высокие баллы, 45% «F07», 30% «F70» и 60% контрольной группы – средние, что показывает искренний интерес к увлечениям ребенка, стремление к сотрудничеству с ним. Низкие баллы были набраны в обеих основных группах в 15%, это является плохим признаком в воспитании детей.[14]

По шкале «симбиоз» прогностически благоприятными оказываются средние и высокие баллы, свидетельствующие о том, что взрослый не устанавливает психологическую дистанцию между собой и ребенком. В группе «F07» это 85% испытуемых, в «F70» - 75%, в контрольной группе 76,7%. 15% родителей «F07», 25% «F70» и 23,3% контрольной группы имеют низкие баллы. Такие взрослые с большой вероятностью являются плохими воспитателями.[14]

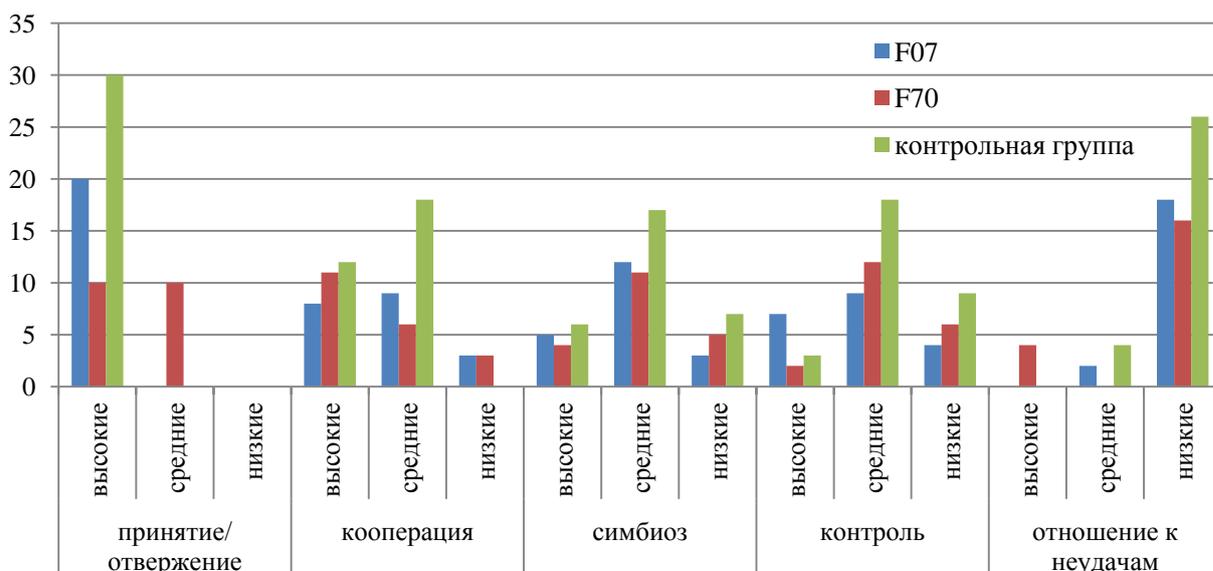


Рис. 4. Распространенность уровней выраженности шкал родительского отношения в исследуемых группах

По шкале «контроль» наилучшим вариантом являются средние баллы. В группе «F07» 45% родителей с данным результатом, в «F70» - 60% и в контрольной группе 60% испытуемых. Высокие баллы свидетельствуют об авторитарном отношении к ребенку: 35% в группе «F07», 10% - «F70», 10% в контрольной группе. Низкие баллы показывают, что контроль за действиями ребенка практически отсутствует.[14] В «F07» это 20% родителей, в «F70» - 30% и 30% в контрольной группе.

По шкале «отношение к неудачам» низкие баллы говорят о том, что взрослый верит в своего ребенка, поддерживает его интересы и стремления. Составляют 90% родителей группы «F07», 80% - «F70» и 86,7% контрольной группы. Высокие баллы – признак того, что родитель относится к ребенку как к несмышленому существу, такой взрослый не станет хорошим воспитателем.[14] Встречаются в 20% случаев в группе «F70».

Из всего вышеперечисленного можно сделать выводы:

- В исследуемых группах с детьми, страдающими нарушениями психического развития (F07, F70), распространенность негармоничных типов воспитания больше, чем в контрольной группе;

- Доля негармоничных типов воспитания в обеих основных группах составляет 25%, при этом в группе «F07» полностью представлены гиперпротекцией, в то время как в «F70» она составляет 80% от всех типов;

- Частота встречаемости черт

негармоничного семейного воспитания в большинстве случаев выше в основных группах, чем в контрольной;

- Личностные проблемы родителей, решаемые за счет ребенка как одна из причин негармоничного воспитания определены во всех группах с преобладанием в основных;

- В основных группах отмечается низкий уровень кооперации (15% в обеих группах), большая распространенность патологического контроля (40% пациентов в «F70» и 55% в «F07»), по сравнению с контрольной (40%), и отрицательное отношение к неудачам ребенка (10% в группе «F70»).

Как уже было сказано выше, негармоничное семейное воспитание может привести к формированию непсихотических патологических нарушений поведения и различных акцентуаций характера [12], что усугубит клиническую картину.

Также негативное отношение к ребенку, недооценка его способностей и заслуг может способствовать снижению эффекта проводимой терапии.

Поэтому важно анализировать семейные взаимоотношения и, при необходимости, проводить психотерапевтическую работу с родителями для уменьшения влияния неблагоприятных факторов, распространенность которых, как показало данное исследование, в семьях с детьми, имеющими психические отклонения выше, чем в семьях с детьми без патологий.

Литература

1. Масагутов, Р.М. Гендерные различия в проявлении аутоагрессии у подростков [Текст]: Вопр. психологии.- 2003.- №3.
2. Kashani, J.H., Darby, P.J., Allan, W.D., et al. Intrafamilial homicide committed by juveniles: Examination of a sample with recommendations for prevention [Текст]: Journal of Forensic Sciences.- 1997.- №5(42).
3. Уалиев, К. Формирование личности: влияние общества на преступность подростков [Текст]: Закон и жизнь.- Астана, 2010.
4. Цветкова, Л.А. Социально-психологические теории формирования аддикций [Текст]: Вестник Моск. университета. сер.14. Психология.
5. Фельдштейн, Д.И. Психология воспитания ребенка [Текст]: Педагогика и психология.- М., Знание, 1978.
6. Adewuya, A.O., et al. Depression amongst Nigerian university students. Prevalence and sociodemographic correlates [Текст]: Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.- 2006.
7. Lamb, M.E. Infants, fathers, and mothers: interaction at 8 month of age in the home and in the laboratory [Текст].- 1975.
8. Kupersmidt, J.B., Briesler, P.C., DeRosier, M.E., Patterson, C.J., Davis, P.W. Childhood aggression and peer relations in the context of family and neighborhood factors [Текст]: PubMed, 66:360-37.-1995.
9. Hawkins, J.D., Herrenkohl, T.L., Farrington, D.P., Brewer, D., Catalano, R.F., Harachi, T.F. Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions [Текст]: A review of predictors of youth violence.- Thousand Oaks, CA: Sage Publications.- 1998.
10. Личность преступника [Текст]/ Под ред. Кудрявцева В.Н., Миньковского Г.М., Сахарова А.Б.,- М.: Юрид. лит., 1995.
11. Гранкина, И.В., Иванова, Т.И. Формирование отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью [Текст]: Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- №3(84).- 2014.
12. Столяренко, Л.Д. Детская психодиагностика и профориентация [Текст]: учеб. пособие для студ., преподавателей вузов, школьных психологов и учителей/ Л.Д.Столяренко.- Ростов н/Д: Феникс, 1999.- 384с.
13. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков [Текст]: Психология индивидуальных различий/ Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова.- М.: Изд-во МГУ, 1982.
14. Психологические тесты [Текст]/Под ред. Карелина, А.А.: в 2 т.- Москва, 2001.- Т.2.



КЛИНИКО-ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ОСНОВНОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

И.В. Гранкина, Т.И. Иванова

Государственное бюджетное учреждение
Психоневрологический интернат № 30 (ГБУ ПНИ № 30)
Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы

Аннотация. В статье представлены особенности клинических проявлений психопатоподобного синдрома у детей с психическими расстройствами в возрасте 7 – 12 лет, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре. Описаны симптомы отклоняющегося поведения у детей в зависимости от нозологической принадлежности основного психического расстройства и периода онтогенеза, у пациентов с умственной отсталостью, органическими расстройствами и расстройствами эндогенного спектра в разрезе эволюционно-динамических (онтогенетических) принципов с изучением как криминального, аддиктивного поведения, так и сексуальных девиаций, а также с учетом клинических, психологических и социальных составляющих.

Ключевые слова. дети, психические расстройства, психопатоподобный синдром, клиника, динамика.

CLINICO-ONTOGENETIC FEATURES OF PSYCHOPATHIC FORMS OF BEHAVIOR IN CHILDREN, DEPENDING ON THE NOSOLOGICAL IDENTITY OF THE UNDERLYING MENTAL DISORDER

I.V. Grankina, T.I. Ivanova

Resume. The article presents the features of clinical manifestations of psychopathic syndrome in children with mental disorders aged 7-12 years who are being treated in a psychiatric hospital. The symptoms of deviant behavior in children are described depending on the nosologic origin of the underlying mental disorder and the ontogeny period, in patients with mental retardation, organic disorders and endogenous spectrum disorders in the context of evolutionary-dynamic (ontogenetic) principles with the study of both criminal, addictive behavior and sexual deviations, and also taking into account clinical, psychological and social components.

Keywords. children, mental disorders, psychopathic syndrome, clinic, dynamics

Актуальность. Проблема состояния психического здоровья подрастающего поколения является актуальным вопросом современной психиатрии. ([1] Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., и др., 2012; [2] Кузнецов В. Н., Бохан Т. Г., и др., 2015). Расстройства поведения - наиболее часто встречающаяся нозология среди всех психических расстройств детского возраста. ([3] Хритинин Д. Ф., Цыганков Б. Д., и др., 2005; [4] Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В. и др., 2007). Являясь социально опасными и деформирующими процессы нормального онтогенеза личности, психопатоподобные расстройства у детей сопровождаются не только высоким риском криминального и аддиктивного поведения, но и снижением развития интеллектуальных возможностей ребенка ([5] Кузнецов В. Н., Бохан Т. Г., и др., 2015; [6] Bokhan N. A., Mandel A. I., et al., 2006; [7] Schwartz C., Garland O. et al., 2007; [8] Windle M., Windle R. C., 2012; [9] Boynton-Jarrett R., Hair E., Zuckerman B., 2013; [10] Darney D., Reinke W. M., Herman K. C., 2013). Наиболее частой причиной обращения за специализированной психиатрической помощью является расстройство поведения у детей ([11] Дмитриева Т. Б. и соавт., 2007; [12] Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., и др., 2012; [13] Кирина Ю. Ю., Лопатин А. А., и др., 2015; [14] Ben-Yehuda, A., Aviram, S., Govezensky, J., et al., 2012; [15] Beauchaine, T.P., McNulty, T., 2015), что актуализирует изучение особенностей клинических проявлений отклоняющегося поведения у детей с психическими расстройствами, особенно на ранних этапах онтогенеза личности. Выше указанное послужило основанием для изучения психопатоподобного поведения у детей с психическими расстройствами с учетом клинических, психологических и социальных составляющих.

Материал исследования: Для оценки влияния психического расстройства на проявления отклоняющегося поведения у детей было проведено изучение невыборочной группы больных, включающей все случаи госпитализации в детское стационарное отделение БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» (главный врач к.м.н. А. И. Чеперин). Всего за период 2011-13 годов было обследовано 1276 детей, среди которых выделено 130 человек с симптомами отклоняющегося поведения. Таким образом, объектом исследования послужили 130 детей (105 мальчиков (80,7%) и 25 девочек (19,3%)) с симптомами отклоняющегося поведения. Нами выявлено, что достоверно чаще проявления отклоняющегося поведения обнаруживались среди детей с умственной отсталостью (F 70, F 71) (43,1%; n – 56). Аналогичные формы нарушенного поведения были зарегистрированы, как у детей с органическими поражениями (F 06.6 – 30,0%; n – 39), так и у детей с психическими нарушениями шизофренического спектра (F 20.8, F 21.8 – 26,9%; n

– 35). Согласно нозологической принадлежности основного психического расстройства девiantные формы нарушенного поведения чаще отмечались среди детей с умственной отсталостью (F 70, F 71) (43,1%; n – 56), практически равнозначно нарушенное поведение отмечалось как у детей с органическими расстройствами (F 06.6 – 30,0%; n – 39), так и у детей с психическими расстройствами шизофренического спектра (F 20.8, F 21.8 – 26,9%; n – 35). Все дети исследуемой группы были обследованы клинико-психопатологическими, экспериментально-психологическими методами: тест эмоций (Басса-Дарки в модификации Г.В. Резапкиной); шкала «мстительности и обидчивости» (Е.П. Ильин, П.А.Ковалев, 2001); методика «Личностная агрессивность и конфликтность» (Е.П. Ильин, П.А.Ковалев, 2001); шкала патологической агрессии, аффективности (Ю.Б. Можгинский, 2003 – 2005).

В процессе изучения особенностей клинических проявлений отклоняющегося поведения у детей пациентов психиатрического стационара по данным медицинской документации, сопроводительных документов и жалоб близких родственников было выявлено, что среди всех обследованных детей 6,9% состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних и 3,8% имели приводы в правоохранительные органы. Регулярное употребление (симптом зависимости) психоактивных (ПАВ) веществ в виде алкоголизации, табакокурения и токсикоманических эпизодов отмечалось у 20% детей исследуемой группы (n – 20), эпизоды потребления ПАВ выявлены у 73,3% обследуемых (n – 95). Эпизодическое употребление алкогольных напитков было отмечено у 53,8% (n – 70) обследуемых детей, средний возраст начала употребления алкоголя составил 7,56 + 0,5 лет. Среди алкоголя содержащих напитков дети преимущественно употребляли слабоалкогольные коктейли. Частота потребления составляла около 1 – 2 раз в месяц. Регулярное употребление алкоголя (синдром зависимости) выявлен у 2,3% обследуемых (n – 3). Эпизодическое табакокурение (определяемое респондентами как: пробовали, иногда за компанию и т.п.) отмечено у 48,5% обследуемых (n – 63), систематическое курение выявлено у 15,4% детей (n – 20). Кроме употребления алкоголя и табака у 9,2% (n-12) детей выявлены нарушения поведения сексуального характера. При исследовании начальных проявлений сексуальных девиаций установлено, что первые сексуальные перверсии отмечались с началом обучения в школе. По форме проявления сексуальных нарушений среди исследуемой группы детей можно выделить: 1) сексуальную расторможенность в виде обостренного полового любопытства, мастурбации, циничных высказываний, жестов, рисунков сексуального содержания (4 – 33,3 %; все мальчики); 2) провоцирующее сексуальное поведение

перед лицами противоположного пола (2 – 16,6 %; все девочки); 3) сексуальное насилие несовершеннолетнего, совершающееся под воздействием физической силы, агрессии, запугивания (2 – 16,6 %, из них: 1 девочка – 8,3 %, 1 мальчик – 8,3 %); 4) сексуальное насилие, совершенное несовершеннолетним, над другими несовершеннолетними (3 – 25,0%, все мальчики); 5) смешанный вариант: (жертва – насильник), при котором несовершеннолетние, бывшие в прошлом жертвами сексуального насилия, в последующем совершили сексуальное насилие над другими несовершеннолетними (1 мальчик – 8,3 %). Всем детям с нарушениями поведения проведено клинико-психопатологическое обследование с выделением особенностей клинической структуры девиантного синдрома.

Выводы: Проанализировав клиническую картину спектра отклоняющегося поведения у детей, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре, можно сделать вывод, что большое значение в клиническом оформлении синдрома имело базовое психическое расстройство.

Рассматривая особенности отклоняющегося поведения у детей с шизофренией нами были изучены 35 клинических случаев (26,9% всей исследуемой группы) детей, проходивших лечение в психиатрическом стационаре. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как: шизотипическое расстройство (F 21.8) – 22,8% (n=8), шизофрения детский тип (F 20.80) – 77,2 % (n=27). Средний возраст детей данной группы составил 10,11 + 1,96 лет.

Дети, с отклоняющимся поведением при эндогенных расстройствах, не попадали в поле зрения органов правопорядка и не употребляли ПАВ. Клинические проявления психопатоподного поведения были представлены в виде агрессии, протеста, беспричинной двигательной расторможенности, физической криминальной агрессии, отсутствия контроля желаний, формирования патологического влечения. Отчетливо демонстрировался негативизм, отрицание существующих норм и правил, желание делать «все назло». Часть детей подвергались буллингу (bullying (анг.) запугивание, преследование, травля) сверстниками, на что отвечали преимущественно вербальной агрессией, с редкими вспышками актов физического насилия. По мере взросления клиническая картина не менялась. У 0,85% детей были обнаружены нарушения поведения сексуального характера в возрасте старше 9 лет в виде яркой расторможенности сексуального характера, выраженного полового любопытства, откровенной мастурбации, сексуально окрашенных циничных высказываний, жестов, рисунков.

Рассматривая особенности отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью нами были изучены 56 клинических случаев

(43,1% всей исследуемой группы) детей, прошедших лечение в психиатрическом стационаре. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как: умственная отсталость легкой степени (F 70.0) – 91,1% (n=51), умственная отсталость средней степени тяжести (F 71.0) – 8,9 % (n=5). Средний возраст детей на момент исследования составил 9,75 + 1,59 лет. Среди умственно отсталых детей 14,3% обследованных состояли на учете в полиции, в связи с регулярным совершением криминальных действий (кражи, хулиганство, физическая агрессия). Эпизодически курили либо пробовали курить 42,8% ребенок, среди них 12,5% курили систематически. Эпизодически употребляли алкоголь 76,8% детей, имели симптом бытового пьянства 3,6% детей. Клиника психопатоподобного поведения определялась выраженной аффективной лабильностью, раздражительностью, примитивными шалостями, склонностью к регрессивным двигательным реакциям на фоне интеллектуальной недоразвитости. По мере взросления психопатоподобный синдром расширялся присоединением вербальной агрессии, грубости, выраженной раздражительности, аффективные колебания становились более яркими, усиливались сексуальные влечения. 3,6% детей демонстрировала нарушения поведения сексуального характера в виде ярко выраженного провоцирующего сексуального поведения, стремления находиться в контакте с лицами противоположного пола.

Рассматривая особенности отклоняющегося поведения у детей с органическими расстройствами нами были изучены 39 клинических случаев (30% от всей клинической выборки) у детей, находящихся на госпитализации в детском психиатрическом стационаре. Среди них 15,4% девочек (n – 6) и 84,6% (n – 33) мальчиков, средний возраст которых составил 9,43 + 1,43 лет. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как органическое эмоционально лабильное расстройство (F 06.6). Среди детей с расстройствами органического характера 12,7% состояли на учете в полиции, в связи с совершением криминальных деяний (кражи, хулиганство, агрессия по направлению к сверстникам). У всех детей исследуемой группы отмечались никотиновые эксцессы, среди них 10% детей, курили систематически. Алкогольные эксцессы также отмечались у всех детей (100%), систематическое употребление алкоголя выявлено у 3,6% детей. Клиника психопатоподобного поведения характеризовалась аффективной лабильностью, двигательным беспокойством, импульсивностью, отсутствием дисциплинарных норм, приводящих к социальной дезадаптации. У 35,8% (n – 14) обследованных детей проявлялись симптомы буллинга (bullying (анг.) запугивание, преследование, травля), сформированные по

отношению к определенным детям в коллективе. Симптомы индивидуального буллинга перемещались в структуру групповой травли запугиваемых детей с присоединением криминальных форм унижения. У 17,9% детей были выявлены нарушения поведения сексуального характера, в виде сексуального насилия, совершенное несовершеннолетним, над другими несовершеннолетними.

Провоцирующее сексуальное поведение девочек по направлению к лицам противоположного пола своего или старшего возраста. В двух случаях (5,2%), среди детей этой группы встречались жертвы сексуального насилия, совершенного под воздействием физической силы, агрессии, запугивания, как результат поведенческих нарушений.

Проведенное клинко-психопатологическое обследование выявило, что наиболее высокий уровень патологической агрессивности имели дети с умственной отсталостью. Именно в этой группе 37,5% детей в возрасте 7 – 9 лет и 40,6% детей в возрасте 10 – 12 лет имели крайне тяжелую степень патологической агрессивности (более 30 баллов). Среди детей с расстройствами шизофренического спектра степень патологической агрессии была выше в детском возрасте (58,4%) и снижалась по мере взросления ребенка, к предпоздростковому возрасту только 47,7% детей имели тяжелую степень патологической агрессии. У детей с органическими поражениями показатели патологической агрессии были равнозначны, как в детском возрасте, так и предпоздростковом, и оценивались у половины детей как средний уровень, у второй половины как тяжелый уровень. Оценка патологической аффективности выявила, что наиболее глубокая степень выявлена у детей с расстройствами шизофренического спектра. Среди детей с органическими расстройствами аутодеструктивных тенденций не отмечалось. У детей с умственной отсталостью отмечался низкий уровень аффективности. Проведенное изучение обидчивости (мстительности) выявило, что у детей с органическим расстройством личности отмечалась низкая степень этих проявлений. Высокие показатели мстительности отмечались у детей с расстройствами шизофренического спектра (52,2%) и умственной отсталости (53,2%). Оценка показателей вспыльчивости выявила, что высокая степень вспыльчивости отмечалась как у детей с органическими поражениями личности, так и у детей с умственной отсталостью.

Анализируя результаты исследования, необходимо сделать вывод, что планирование и проведение комплексных реабилитационных программ для детей с расстройствами поведения должны ориентироваться не только на возраст ребенка, структуру и степень проявления симптомов отклоняющегося поведения, но также и на базовое психическое расстройство.

Литература

1. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 36—40.
2. Кузнецов В. Н., Бохан Т. Г., Галажинская О. Н., Анкудинова И. Э. Особенности структуры личностного потенциала при формировании алкогольной зависимости в молодом возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – №1. (86) – С. 67 – 74.
3. Хритинин Д. Ф., Цыганков Б. Д., Барыльник Ю. Б. Медико-социальная адаптация безнадзорных несовершеннолетних с психическими расстройствами // XIV съезд психиатров России. – М., 2005. – С.
4. Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В. и др. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 488 с.
5. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the Far North // Alaska medicine. – 2006. –Т. 49, № 2. –Suppl. –С. 251—254.
6. Schwartz C., Garland O., Harrison E., Waddell, C. Treating concurrent substance use and mental health disorders in children and youth: A research report prepared for child and youth mental health policy branch.// British Columbia Ministry of Child and Family Development.. - 2007. - Retrieved from www.childhealthpolicy.sfu.ca.
7. Windle M., Windle R. C. Early onset problem behaviors and alcohol, tobacco, and other substance use disorders in young adulthood Original Research Article //Drug and Alcohol Dependence, Volume 121, Issues 1–2, 1 February 2012, Pages 152-158.
8. Boynton-Jarrett R., Hair E. , Zuckerman B. Turbulent times: Effects of turbulence and violence exposure in adolescence on high school completion, health risk behavior, and mental health in young adulthood Original Research Article //Social Science & Medicine, Volume 95, October 2013, P. 77-86
9. Darney D., Reinke W. M. , Herman K. C., Stormont M. , Ialongo N. S. Children with co-occurring academic and behavior problems in first grade: Distal outcomes in twelfth grade Original Research Article //Journal of School Psychology, Volume 51, Issue 1, February 2013, P. 117-128
10. Кирина Ю. Ю., Лопатин А. А., Селедцов А. М. Факторы, способствующие формированию девиантного поведения у несовершеннолетних с наркологическими расстройствами //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 2 (87). – С 43-48
11. Ben-Yehuda, A., Aviram, S., Govezensky, J., Nitzan, U., Levkovitz, Y., Bloch, Y. Suicidal behavior in minors – Diagnostic differences between children and adolescents.// Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. – 2012. - V. 33(7). – P. 542-547.
12. Beauchaine T.P., McNulty T. Comorbidities and continuities as ontogenic processes: Toward a developmental spectrum model of externalizing psychopathology // Development and Psychopathology, 2013, - 25 (4 PART 2), pp. 1505-1528.



Психотерапия и реабилитация

УДК 616.89-02-082.8

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДРАМАТЕРАПИИ КАК ФОРМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

А.Е. Сивачева, Е.Ю. Шахбазова, Т.Ф. Волчкова, А.В. Мишин

Государственное бюджетное учреждение
Психоневрологический интернат № 30 (ГБУ ПНИ № 30)
Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы

Аннотация. Авторы статьи делятся опытом применения драматерапии для инвалидов с различными видами психических расстройств в условиях стационарного социального учреждения. Психологи разработали специальный тренинг, направленный на развитие коммуникации и коррекцию поведения. На начальном и заключительном этапах программы проводилось тестирование с оценкой эмоционального фона, активности, уровня психосоциальной адаптации, самооценки, мотивации и других факторов. Представлена информация о динамике описываемых качеств участников. Выявлены положительные тенденции, которые позволили сделать вывод о необходимости дальнейшей психокоррекционной работы.

Ключевые слова. Драматерапия, реабилитация психически больных.

EXPERIENCE IN THE USE OF DRAMATHERAPY AS A FORM OF REHABILITATION IN A RESIDENTIAL SOCIAL FACILITY FOR PERSONS WITH DISORDERED MENTAL HEALTH

A.E. Sivacheva, E.Y. Shakhbazova, T.F. Volchkova, A.V. Mishin

Resume. In the article the authors share the experience of the use of drama therapy for disabled people with various types of mental disorders in the conditions of residential social facility. Psychologists have developed a special training aimed at the development of communication and behavior correction. At the initial and final stage of the coaching, testing was conducted with an assessment of the emotional background, activity, level of psychosocial adaptation, self-esteem, motivation and other factors. The information about the dynamics of the described qualities of participants is given. Revealed the positive trends which have led to the conclusion about the necessity of further psycho-correction work.

Keywords. Dramatherapy, rehabilitation for persons with disordered mental health.

В условиях психоневрологического интерната одной из основных задач социально-психологической реабилитации является формирование у получателей социальных услуг навыков адаптации, которые бы позволили им успешно реализовывать себя в тех условиях, которые их окружают, а также приспособиться к их возможному изменению. Не имея постоянного контакта с социумом, проживающие в интернате, утрачивают ранее наработанные и с трудом осваивают новые навыки коммуникации и управления своим психологическим состоянием. С целью предупреждения нарастания дезадаптации необходимо применение разнообразных психосоциальных воздействий, в том числе терапии творчеством или творческую реабилитацию.

По мнению психолога Л. С. Выготского, ребенок реализует свои желания в игре. Вырастая из мира предметов, он стремится овладеть новыми знаниями, обращает внимание на мир взрослых, их деятельность.

Получатели социальных услуг, имея дефицит общения с внешним миром, нередко переживают деструктивные модели поведения

своего окружения, что не способствует повышению уровня социальной адаптации. Поэтому применение реабилитационных мероприятий творческой направленности, например, в форме драматерапии, достаточно востребовано в описанных условиях. В ходе таких занятий происходит развитие мыслительных процессов у участников, их чувств, воли, а также формируются конструктивные взаимоотношения друг с другом.



Драматерапию используют для развития потенциальных возможностей человека, независимо от характера психического расстройства.

ства, в том числе путем распознавания существующего социального контекста, поиска возможности установления контактов с другими людьми. Данный вид творческой работы включает разнообразные упражнения, воздействующие на эмоциональную, поведенческую, телесную и коммуникативную сферы участников.

В условиях ГБУ «Психоневрологический интернат № 30» г. Москвы, была разработана и внедрена психокоррекционная программа «Драматерапия», направленная на развитие коммуникационной сферы и коррекцию поведения.

Конечной целью занятий являлось улучшение адаптационных возможностей в условиях психоневрологического интерната и за его пределами, улучшение психологического состояния, повышение самооценки, развитие навыков конструктивного поведения.

Задачами групповой работы являлись: формирование навыков общения (вербального и невербального), контроля поведенческих реакций, самоорганизации в разных жизненных ситуациях; формирование навыков работы в коллективе путем принятия совместных решений; формирование потребности в самовыражении конструктивными способами и расширение репертуара жизненных ролей; снижение напряженности, агрессии; повышение уровня повседневной активности; фоновое поддержание когнитивных функций (памяти, внимания, воображения, мышления, речи).

Психокоррекционная программа подразумевала систематические занятия с последующим отчетным выступлением в виде показа спектакля. Занятия проводились два раза в неделю. В ходе занятий, при наличии примерного сценария спектакля, участникам предлагалось самостоятельно распределить роли, дополнить или изменить текст, продумать костюмы, антураж и т.п. По ходу занятий обсуждались мнения участников о героях, разбирались их характеры, эмоциональные состояния, предлагалось продумать собственный вариант поведения или развития роли.

Для проведения занятий формировалась группа, в которую включались по 6-10 получателей социальных услуг. В групповую работу включались все желающие, но впоследствии «отсеивались» участники с грубым деструктивным поведением, отказывающиеся соблюдать правила группы.

Группы были неоднородны по полу, возрасту и нозологии. С целью облегчения процесса сплочения группы, учитывалось место проживания: чаще участники жили в одном отделении или корпусе, или имели дружеские отношения. Малое количество участников давало ощущение большей безопасности, камерности, что позволяло быстрее добиться устойчивой эмоцио-

нальной привязанности и сплоченности.

Открытый формат группы позволил в течение года приходиться новым участникам, приостанавливать или завершать свое участие. В общей сложности группу за 2 года посетили 37 человек, при наличии основного стабильного состава из 15 человек. За время работы группы прошло 144 занятия. Средний возраст участников составил $32 \pm 10,4$ года.

По нозологии участники распределились следующим образом: 45,9 % составляли умственно отсталые пациенты (17 человек), 32,4% - пациенты, с шизофренией (12 человек), 21,7% - лица, страдающие органическими расстройствами (8 человек).

Все участники были способны к групповой форме работы и имели возможность оперировать элементами образного мышления.

В качестве критериев эффективности программы и оценки динамики психокоррекционной работы были выделены следующие критерии: эмоциональный фон; активность (эмоциональная вовлеченности в работу группы; уровень психосоциальной адаптации; коммуникация; взаимодействие; поведение; самооценка; мотивация.

Для диагностики использовались: Тест руки (Hand-Тест); Методика «Оценка эмоциональной и коммуникативно-поведенческой сферы детей с тяжелыми нарушениями развития» (В.В. Ткачев); «Рисунок человека».

Дополнительно, перед началом занятий на каждого клиента была оформлена индивидуальная карта (см. Приложение 1), в которой фиксировались индивидуальные особенности, трудности контакта, сильные стороны участника на момент начала занятий и в динамике (1 раз в квартал).

По результатам вводного тестирования у 62,2% участников (n=23) была выявлена выраженная потребность в коммуникации и взаимодействию при наличии страха к контакту (методика «рисунок человека») или трудности в реализации коммуникативных потребностей.

У 89,2% обследованных (n=33) была отмечена неадекватная (завышенная) или диффузная самооценка. 51,4% участников (n=19) показал высокую активность, повышенную тревожность и неустойчивую мотивацию к занятиям. Поведение участников согласно результатам тестирования было оценено как послушно-однообразное (43,2%; n=16), подчиняющееся (35,2%; n=13) или импульсивное, протестное (21,6%; n=8). Уровень психосоциальной адаптации – низкий (72,9%; n=27) или средний (27,1%; n=10).

В начале цикла занятий участники демонстрировали неустойчивый интерес к предложенной деятельности, недоверие, как занятиям, ведущему и другим участникам. Отмечалась скованность в движениях, подража-

тельное поведение. Это сопровождалось неустойчивой мотивацией к посещению у 83,8% вовлеченных получателей социальных услуг (n=31). У умственно отсталых участников в поведении проявлялась импульсивность, агрессия, аффективные реакции. Для пациентов с шизофренией и органическим расстройством были более характерны отстранённость, заторможенность, обстоятельность, желание обсудить происходящее. В связи с этой разницей в поведенческих реакциях положительной групповой динамики было достичь достаточно сложно.

В процессе занятий уделялось много внимания отношениям участников, разбору конфликтов, в результате чего получатели социальных услуг начинали общаться более конструктивно, сложились «пары взаимопомощи», когда один пациент помогал другому (например, выучить текст роли). Новые дружеские связи поддерживались пациентами и вне занятий. В качестве наиболее эффективного коррекционного воздействия выступали 2 вида упражнений. Работа, направленная на саморегуляцию положительно влияла на участников с умственной отсталостью (были понятны и структурированы) и «собирала» участников с шизофренией и органическим расстройством. Упражнения на спонтанное самовыражение давали поле для фантазии, предлагали выбирать темп деятельности участникам с органическим расстройством и шизофренией и развивали спонтанность и раскованность у участников с умственной отсталостью.

В динамике группы было отмечено появление более значимой мотивации к посещению занятий, что выражалось в формировании ожидания занятия. Отдельные участники воспринимали занятия как дополнительную занятость, возможность «принести пользу», сменить обстановку и отвлечься от атмосферы отделения. При опросе участников было отмечено, что встречи во время занятий воспринимались как способ более качественного общения и «узнавания друг друга».

Результатом квартальных занятий являлась подготовка небольшого отчётного спектакля, который представлялся в отделениях психоневрологического интерната. Именно этот заключительный этап являлся основным мотивирующим фактором для участников. Выступление выявляло потребность быть увиденными, принятыми, получить внимание и одобрение со стороны. Всего было «создано» восемь спектаклей, с которыми участники выступали в отделениях ГБУ ПНИ № 30.

Следует отметить, что изначально в психокоррекционную группу приглашались участники с пассивной жизненной позицией, не

принимавшие участие в общественной и культурной жизни интерната, которые по итогам работы в группе стали более активно проявлять себя в условиях микросоциума интерната.



Среди трудностей, с которыми ведущий сталкивался в ходе занятий, следует отметить высокую распространенность среди контингента нарушений речи, мелкой моторики, общей скованности, импульсивной двигательной активности. Так же вызывали трудности при выполнении ряда инструкций, особенно тех, которые подразумевали выражать, подражать, придумывать. В процессе ведения группы выявилась необходимость более ясно проговаривать инструкцию к заданиям, объясняя выгоду для участников, уделять больше времени внутреннему состоянию каждого, делать занятия более гибкими, соединяя настроение участников с темой занятия.

Повторная диагностика проводилась по итогам года занятий. При этом была выявлена тенденция к повышению тревожности (35,2%; n=13), сопровождаемая повышением общей активности (72,9%; n=27), появлением более устойчивой мотивации к продуктивной деятельности (21,6%; n=8), уменьшением аффективных реакций и стабилизацией эмоционального фона (43,2%; n=16). У некоторых участников повысился уровень психосоциальной адаптации (13,5%; n=5).

Таким образом, по результатам анализа и, учитывая положительную динамику в эмоциональном состоянии (повышение и стабилизация эмоционального фона), психокоррекционные занятия по драматерапии рекомендуется продолжать, отслеживая диагностические результаты. В дальнейшем, в качестве положительных изменений у участников группы можно предполагать укрепление взаимодействия между участниками, создание дружеских союзов, устойчивой коммуникации, а так же повышение самоорганизации, ведущей к большей самостоятельности.

Клиническая психология

УДК 616.89-02-082.8

ИНВАЛИДНОСТЬ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Н.А. Шурлакова

Московский НИИ психиатрии –
филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Аннотация. В статье рассматривается явление инвалидности как социально-психологическая проблема, включающая в себя множество аспектов. Приводятся описания наиболее распространенных моделей понимания инвалидности – медицинской и социальной.

Ключевые слова. Дискриминация, инвалидность, интеграция, медицинская модель, социальная модель.

DISABILITY AS A PSYCHOSOCIAL PROBLEM

N.A. Shurlakova

Resume. The article considers the phenomenon of disability as a social and psychological problem, which includes many aspects. Two of the most common models of understanding disability are described (medical and social ones).

Keywords. Disability, discrimination, integration, medical model, social model.

Инвалидность – это серьезная проблема, затронувшая все человечество. По данным Всемирной организации здравоохранения число людей с инвалидностью составляет около 15% населения планеты. В России по данным Федеральной службы государственной статистики, почти 13 миллионов инвалидов, что составляет около 9% всего населения страны [3].



Согласно Федеральному закону от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», инвалидом признается лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [10].

Проблема инвалидности затрагивает не только конкретного человека с ограниченными возможностями здоровья, но и все общество. Она масштабна и включает в себя множество аспектов – медицинский, правовой, социальный, психологический, этический, моральные и так далее.

Несмотря на серьезные статистические данные, проблема инвалидности решается достаточно медленно. На сегодняшний день большая часть людей с инвалидностью в Российской Федерации «изолирована» от других людей. Остро стоят проблемы, связанные с инвалидностью, особенно такие как невостребованность инвалидов обществом здоровых людей, низкий уровень и качество жизни, трудности создания и сохранения семьи, невысокая общественная активность, ощущение собственной неполноценности и многие другие [2].

Для эффективного решения обозначенных проблем, необходимо глубокое понимание сути данного явления. Существует множество подходов к пониманию проблемы инвалидности. Наиболее распространенные из существующих моделей – медицинская и социальная. Медицинская модель характеризует инвалидность как недуг, заболевание, патологию. Она определяет методику работы с инвалидами, имеющую патерналистский характер и предполагающую лечение, трудотерапию, создание специальных служб, помогающих человеку выживать. Данная модель имеет свои плюсы, так как обеспечивает людей с инвалидностью необходимой комплексной поддержкой, но в то же время, медицинская модель ослабляет позицию инвалидов, снижает их социальную значимость, ставит в зависимое положение [3]. Можно говорить о том, что медицинская модель нашла отражение в закрытых учреждениях для людей с инвалидностью, которые по сути отгораживают их

от общества.

Медицинская модель определяет для инвалидов роль больного человека, то есть делает их объектами жалости. Взаимодействие людей, имеющих инвалидность, с социальными и медицинскими учреждениями чаще всего предполагает передачу ответственности ими за свое благополучие государству.



Люди с инвалидностью в данной модели наделяются такими характеристиками как беспомощность, неумение постоять за себя и принять собственное решение, отсутствие инициативы. Если человек резко отличается от данного «портрета», специалисты социальных и медицинских служб чаще всего считают его проблемным клиентом [7].

Таким образом, в медицинском подходе к инвалидности внимание акцентируется на зависимость и пассивность. Основная работа государства направлена в данной модели на медицинскую помощь людям, имеющим инвалидность [6].

Другая наиболее распространенная модель инвалидности – социальная. Согласно данной модели главной проблемой инвалидности является отношение общества к особым потребностям людей. Можно сказать, что в социальной модели человек с инвалидностью становится не просто «объектом» оказания помощи, а субъектом взаимодействия с социальными, медицинскими организациями и обществом в целом [5].

История становления социальной модели инвалидности началась в 1966 году, когда британский инвалид Пол Хантом опубликовал эссе под названием «Критическое условие», в котором автор описывал существующую ситуацию, при которой люди с какими-либо «дефектами» воспринимались как «несчастливые, бесполезные, непохожие на остальных, угнетенные и больные», что было настоящим вызовом традиционным западным ценностям и порождало дискриминацию.

После публикации данной работы в 1976 году организация «Союз людей с физическими дефектами против изоляции» выдвинула новое определение инвалидности, основанное на идеях Пола Ханта, а именно «Инвалидность – это препятствие или ограничение активности, вызванное совре-

менным социальным устройством, которое уделяет незначительное или не уделяет вообще никакого внимания людям, имеющим физические дефекты, и таким образом исключает их участие в основной социальной деятельности общества» [11].

Само понятие «социальная модель инвалидности» появилось благодаря Майку Оливеру (ученому, имеющему инвалидность) в 1983 году, спустя семнадцать лет после публикации эссе Пола Ханта.

После этого идея социальной модели видоизменялась и дорабатывалась такими учеными как Вик Финкельштейн, Майк Оливер и Колин Барнс из Британии, а также Гербеном Ди Джонгом из США и другими учеными. Основное внимание в рамках данной модели принадлежит взаимосвязи между отдельным человеком и средой, его окружающей, в том числе и социумом. Главная идея социальной модели заключается в том, что проблема ограниченных возможностей есть не что иное, как результат социального и экономического притеснения внутри общества, поэтому людей с ограниченными возможностями скорее можно рассматривать как притесняемую группу, чем как аномальную или трагическую [9].

Важно обратить внимание на то, что социальная модель инвалидности, конечно же, не отрицает медицинского аспекта – дефектов и физиологических отличий – однако, смещает акцент с болезни человека, на социальную дискриминацию, как наиболее значимую. Таким образом, инвалидность можно рассматривать как одну из форм социального неравенства, а соответственно понятие инвалидности имеет смысл относить к социальным, а не медицинским [8].

Выраженным своеобразием отличается восприятие обществом такой специфической категории инвалидов, как инвалиды по психическому заболеванию [1]. С одной стороны, в традиционном восприятии психические расстройства не похожи на болезнь: при них нет физических жалоб, зачастую сам пациент не считает себя больным [1,4].

Представители социума не компетентны в области проблем душевного здоровья и возможностей их разрешений. Другая сторона проблемы – стигматизация психически больных и системы психиатрической помощи [4], которые сложились в силу такого явления, как карательная психиатрия, господствовавшего в Советской России с 1917 года и до начала 90-х.

По мнению Е. Ярской-Смирновой, состояние человека может быть по-разному воспринято самим человеком и окружающими, а также иметь разные последствия для участников взаимодействия в зависимости от контекста рассматриваемой ситуации. Данное высказывание приводит нас к мысли о том, что не только общественное восприятие инвалидности играет значимую роль, но также и переживание своей инвалидности самим

человеком, что гораздо больше укладывается в социальную модель инвалидности, нежели в медицинскую [9].

Таким образом, можно прийти к выводу: обществу необходим переход от медицинской модели понимания инвалидности к социальной. Важность социальной модели в том, что она не рассматривает инвалидов как людей, с которыми что-то не в порядке, а видит причины недееспособности в общественном устройстве, которое по сути и загоняет инвалидов в ситуацию изолированности [7]. Конечно же, интеграция людей, имеющих инвалидность, возможна лишь при фор-

мировании адекватного отношения общества к этой категории людей. Интеграция не может происходить без взаимного приспособления людей с инвалидностью и людей без инвалидности друг к другу, поэтому необходимо работать со множеством медицинских, правовых, социальных, психологических, этических, моральных аспектов, составляющих проблему инвалидности. Только масштабная, слаженная и систематически проводимая работа в данных направлениях, может принести положительные результаты в решении проблемы инвалидности.

Литература

1. Александрова Н.В., Кадневский В.М., Дьяченко Е.Ю. Психологическое здоровье школьников: нужны системные решения. // Журнал "Народное образование", 2013, № 3, С. 242-247.
2. Асмаковец Е.С., Кожей С. Готовность студентов направления «Социальная работа» к работе с людьми с ограниченными возможностями здоровья. // Теоретическая и экспериментальная психология. Т. 10. № 2. 2017, С. 38–53.
3. Зак Г.Г. Историко-генетический анализ инвалидности как социальной проблемы. // Специальное образование, 2008. № 10. - С. 22-24.
4. Интегративный подход к решению проблемы стигматизации в детской психиатрии / Н. В. Александрова [и др.] // Исследование и проектирование в социальной работе: теория и практика : сб. материалов VI заочной междунар. науч.-практ. конф. – Омск, 2012. – С. 169–170.
5. Кильсенбаев Э.Р. Характеристика инвалидности как социальной проблемы // Инновационная наука. 2016. №12-3. – С.136-138.
6. Коростелева Н. А. Социальная модель инвалидности как основа формирования толерантного отношения к инвалидам // Вестник ЧГПУ. 2012. №8. – С. 81-94.
7. Красуцкая О.В. Категории инвалидности и реабилитации в различных социологических концепциях // Вестник ПНИПУ. Социально-экономические науки. 2017. №3. – С. 132-141.
8. Мартынова Е.А., Романенкова Д.Ф. Модель центра образования инвалидов в Челябинском государственном университете на основе системы интегрированного обучения. // Вопросы образования №2. 2006.- С.112-122.
9. Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. - Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. - 260 с.
10. ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.1995г. №181-ФЗ
11. Холостова Е., Дементьева Н. Социальная реабилитация. - М.: Изд-ко-торговая корпорация «Дашков и К», 2002. С.46-48., с.25
12. D. Gorajewska, Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnością, Warszawa, 2006, s. 129



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.