Омский психиатрический журнал

3 (17) 2018



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал Omsk Journal of Psychiatry

3 (17) 2018

Научно-практическое сетевое издание

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 /opj/index.shtml

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы материалы и иллюстрации из открытых Интернет-источников

На титульной странице размещена репродукция картины Mark Ryden The Apology. 2006

Главный редактор

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.

Редакционная коллегия:

Александрова Н.В., к.м.н. Белебеха Е.А. Богачев М.А. Бойко А.С., к.м.н. Васильченко К.Ф Воронкова Т.А. Малютина Т.В. Стаценко О.А., к.м.н.

Редакционный совет:

Антилогова Л.Н., д.пс.н. Дроздовский Ю.В., д.м.н. Лопанова Е.В., д.п.н. Иванова Т.И., д.м.н. Крахмалева О.Е., к.м.н. Одарченко С.С., д.м.н. Чеперин А.И., к.м.н. Федотов И.А., к.м.н.

Содержание / Contents

Колонка редактора

3 Editor's column

Региональные аспекты психиатрии

Анализ случаев суицидальных действий среди лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра К.Н. Кузьмина, В.А. Малыхина

Региональные аспекты психиатрии

5 Analysis of cases of suicidal actions among the persons, consisting of the doctor-psychiatrist observation *K.N. Kuzmina, V.A. Malykhina*

Биологические аспекты психиатрии

Ассоциация полиморфного варианта RS1057293 гена SGK1 и антипсихотик-индуцированных побочных эффектов $E.\Gamma$. Полтавская, О.Ю. Федоренко, $E.\Gamma$. Корнетова

Biological aspects of psychiatry

8 Association between RS1057293 polymorphism of SGK1 gene and antipsychotic-induced side effects *E.G. Poltavskaya, O.Yu. Fedorenko, E.G. Kornetova*

Клиника психических расстройств

Социальная и клиническая адапация пациентов медико-реабилитационного отделения в аспекте изучения внутренней стигмы и критических способностей $K.\Phi$. Васильченко, Ю.А. Жданова, С.И. Гашков, Е.А. Кукоба

Особенности кризисного мышления у подростков с пограничными психическими расстройствами Д.Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский

Clinic of mental disorders

- 14 Social and clinical adaptation in patients of medical and rehabilitation department in a perspective of the internalized stigma and insight investigation *K.F. Vasilchenko, Yu.A. Zhdanova, S.I. Gashkov, E.A. Kukoba*
- 17 Features of crisis thinking in adolescents with borderline mental disorders D.Yu. Kolomytsev, Yu.V. Drozdovsky

Психофармакология

Прокогнитивные эффекты флувоксамина (предварительные данные) А.Е. Бобров*, Л.А. Краснослободцева, Е.М. Мутных

Психофармакология

19 Procognitive effects of fluvoxamine: preliminary data
A.E. Bobrov, L.A. Krasnoslobodtseva, E.M. Mutnykh

Психотерапия и реабилитация

Психосоциальная реабилитация лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом отделении специализированного типа *Т.В. Саутина, Е.А. Артемьева, Е.В. Казакова, Т.П. Степанкина*

Психотерапия и реабилитация

26 Psychosocial rehabilitation of persons, including forced treatment in the psychiatric division of the specialized type *T.V. Sautina, E.A. Artemyeva, E.V. Kazakova, T.P. Stepankina*

Сестринское дело в психиатрии

Инновационные подходы в работе медицинских сестер при оказании психиатрической помощи детям и подросткам Н.А. Блинова, И.В. Пырина

Сестринское дело в психиатрии

30 Innovative approaches in work of medical sisters in the provision of psychiatric assistance to children and adolescents *N.A. Blinova, I.V. Piirina*

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Одной из основных целей нашего издания является освещение различных аспектов психиатрии с акцентом на региональных особенностях. Одним из важнейших показателей качества психиатрической помощи является частота завершенных суицидов среди психических больных. Лица, страдающие психическим расстройствами, представляют собой группу высокого суицидального риска. Частота самоубийств среди них в 2-3 раза превосходит аналогичный показатель в общей популяции. Высокий уровень смертности психических больных от самоубийств сохраняется, несмотря на постоянное совершенствование методов лечения в психиатрии.

Для превенции суицидального поведения психически больных была создана комиссия, которая проводит анализ суицидальных попыток и завершенных суицидов среди пациентов психиатрической службы. Основным итогам деятельности этой комиссии посвящена статья омских суицидологов. Их анализ показал, что ведущие места в структуре психических расстройств суицидоопасного контингента занимают шизофрения (35 случаев) и заболевания из рубрики F 06 «Другие психические расстройства в связи с повреждением или дисфункцией головного мозга» (23 случая). Преобладающие по численности в диспансерном отделении больные с шизофренией соотносятся с высокой группой суицидального риска в первые 5 лет от начала заболевания; в последующие годы, с учетом прогредиентности процесса, нарастания эмоционального дефицита и снижения энергетического потенциала, суицидальная активность уменьшается, нередко заменяясь другими видами девиаций. Авторы работы предлагают ряд мер, которые в перспективе будут способствовать снижение уровня аутодеструктивных тенденций психически больных.

Как мы уже сообщали редакционная коллегия журнала активно разрабатывает вопросы публикаций, посвященным биологическим аспектам психиатрии. Продолжается сотрудничество нашего журнала с НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. В текущем выпуске журнала опубликована статья, посвященная генетическим основам побочных действий антипсихотических препаратов, среди которых основное значением имеют тардивная дискинезия (ТД) и гиперпролактинемия (ГП). Развитие тех или иных клинических эффектов нейролептиков зависит от постсинаптической блокады D2 ре-

цепторов в различных отделах головного мозга. Угнетение дофаминергической нейротрансмиссии в мезолимбической системе ответственно за развитие собственно антипсихотического эффекта, в нигростриальной области - за экстрапирамидные побочные эффекты, в тубероинфундибулярном тракте - за гиперпролактинемию. В представленном исследовании была подтверждена гипотеза о вкладе полиморфизма rs1057293 гена SGK1 в развитие побочных эффектов антипсихотической терапии шизофрении. Была выявлена ассоциация генотипа АА и аллеля А с тардивной дискинезией, а также ассоциация аллеля G с развитием гиперпролактинемии у пациентов, длительно принимающих антипсихотические препараты.

Клинический раздел текущего выпуска журнала посвящен изучению внутренней стигму и критических способностей пациентов медико-реабилитационного отделения контексте их социальной и клинической адаптации. Психические расстройства, имеющие хроническое течение и нарастающие со временем негативные симптомы, приводят к огранипациентов К самообслуживанию. Снижается уровень их социально-трудовой адаптации. Отмечено ухудшение показателей социального функционирования с увеличением проявлений продуктивных симптомов. Клинические проявления заболевания во многом зауспешности проводимого психофармакологического лечения. Качество ремиссии, в свою очередь, так же зависит от качества оказанной помощи, что определяет сохранность адаптационных механизмов социального функционирования пациентов.

В БУЗ ОО "КПБ им. Н.Н. Солодникова" организовано медико-реабилитационное отделение, одной из задач которого является восстановление социальных и трудовых навыков пациентов. С целью изучения взаимосвязи клинической и социальной адаптации в зависимости от выраженности внутренней стигмы, осознания психического расстройства и качества жизни, было проведено исследование среди пациентов этого отделения. предварительные результаты исследования позволяют говорить о взаимосвязи клинических проявлений заболевания и критических способностей пациента, что имеет свое отражение в его социально-трудовой адаптации. Для уточнения результатов, получения дополнительных сведений, необходимо дальнейшее проведение исследования в выборке большего объема.

Суицидологическую тему продолжает ра-

бота сотрудников Кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ОмГМУ. В связи с широкой представленностью среди суицидентов пациентов с пограничными психическими расстройствами, а также условно психически здоровых лиц, ведущее значение имеют методы психотерапии. Многие авторы говорят о необходимости разработки дифференцированных программ реабилитации в рамках психотерапии суицидального поведения. Среди наиболее зарекомендовавших себя направлений следует выделить когнитивно-поведенческий подход. В настоящее время особенности мышления подростков с суицидальным поведением остаются недостаточно изученными и систематизированными, в связи с чем предпринято представисследование. В ходе данного ленное исследования авторы показали клинически значимую неоднородность кризисного мышления подростков, что говорит о необходимости использовать различные подходы в антикризисной терапии, в первую очередь в рамках когнитивно-бихевиорального подхода, а также способствует ограничению эффективности тех или иных психотерапевтических техник.

Серию публикаций нашего журнала, посвященных новым аспектам применения психофармакологических средств, продолжает репринт работы московских коллег. В первом выпуске журнала за текущий год наши читатели могут найти работу, посвященную проблеме когнитивных нарушений при депрессиях. Данные расстройства рассматриваются как одни из важнейших показателей течения заболевания, указывающие на предрасположенность к развитию депрессивных расстройств, степень активности болезненного процесса, полноту и качество ремиссии, прогноз болезни, являясь одной из ключевых мишеней комплексной полипрофессиональной терапии. Прокогнтивные эффекты изучаются в отношении ряда антидепрессантов. В представленной работе авторы проведенного исследования показывают, что антидепрессант из группы СИОЗС флувоксамин способен оказывать терапевтическое воздействие на исполнительные функции, которые связаны с целеполаганием, дифференциацией когнитивных процессов и интеграцией поведения. Использование флувоксамина в качестве профилактического средства способствовало стабилизации ремиссии при рекуррентных депрессиях. При этом отмечалось значимое улучшение субъективной адаптации. Установлена взаимосвязь между дозировкой препарата и изменением трех ключевых параметров состояния больных с депрессией: суммы баллов по ШГД, длительности усложненного опознавания цвета в выполнении ТСЦИС и суммарного балла по

МАКШ. Статистическая значимость различий по этим параметрам в зависимости от уровня дозировок флувоксамина позволяет предположить о дозозависимом характере прокогнитивпрокогнитивных эффектов препарата и их взаимосвязи с остаточной депрессивной симптоматикой. Ограничения данного исследования связаны с отсутствием контрольной группы. Поэтому для подтверждения полученных результатов целесообразно осуществить контролируемое исследование с приемлемой статистической мощностью.

Традиционным направлением деятельности омских психиатров является реабилитационное. В представляемом выпуске журнала размещена работа, посвященная психосоциальной реабилитации лиц, находящихся на принулечении. дительном Психосоциальная реабилитация лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом отделении специализированного типа направлена на формирование адекватного отношения к заболеваснижение частоты госпитализаций, выработке устойчивых социально - приемлемых форм поведения, развитие самосознания, уровня мотивации к позитивным изменениям, повышение ответственности пациентов за свое социальное поведение и процесс лечения в отделении специализированного типа. Это способствует активной адаптации к социальной среде и предполагает, снижение и предотвращение общественной опасности пациентов, обупсихическим словленной расстройством, поступками, опасными для окружающих и жизни самого пациента, предупреждение совершения новых общественно опасных деяний.

В настоящее время участниками реабилитационного процесса являются не только врачи, но и все специалисты, принимающие участие в оказании психиатрической помощи. Отметим значимость медицинской сестры на всех этапах этого процесса процесса. В настоящее время к медицинской сестре, оказывающей помощь пациентам с психическими расстройствами приемлемы широкие функции, предусматривающие гибкость и разнообразие профессиональных подходов. В процессе своей деятельности ей необходимы навыки клинического мышления, особенно, в области детско-подростковой психиатрии, педиатрии. Тактика ведения пациентов неоднозначна требует весьма И индивидуального подхода, а главное динамического наблюдения за состоянием пациента. Работе медицинской сестры в оказании помощи психически больным детям в амбулаторных условиях посвящена завершающая статья текущего выпуска журнала.

Правление Омского общества психиатров. Редакционная коллегия.

Региональные аспекты психиатрии

УДК: 616.89

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ СРЕДИ ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА-ПСИХИАТРА К.Н. Кузьмина, В.А. Малыхина

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

ks.kuzmina@inbox.ru

Аннотация. В статье анализируются суицидальные тенденции среди лиц, страдающих психическими расстройствами и находящимися под наблюдением участковой психиатрической службы. Установлены основные контингенты психически больных, склонных к аутоагрессивным действиям, предложены рекомендации для профессионалов.

Ключевые слова. Суицидальные действия, организация психиатрической помощи.

ANALYSIS OF CASES OF SUICIDAL ACTIONS AMONG THE PERSONS, CONSISTING OF THE DOCTOR-PSYCHIATRIST OBSERVATION

K.N. Kuzmina, V.A. Malykhina

Annotation. The article analyzes suicidal tendencies among persons suffering from mental disorders and under supervision of the precinct psychiatric service. The main contingents of mentally ill people inclined to autoaggressive actions are established, recommendations for professionals are offered.

Keywords. Suicidal actions, organization of psychiatric care.

Одним из важнейших показателей качества психиатрической помощи является частота завершенных суицидов среди психических больных. Лица, страдающие психическими расстройствами, представляют собой группу высокого суицидального риска. Частота самоубийств среди них в 2-3 раза превосходит аналогичный показатель в общей популяции. Высокий уровень смертности психических больных от самоубийств сохраняется, несмотря на постоянное совершенствование методов лечения в психиатрии.

С целью профилактики совершения суицидальных действий в БУЗ ОО КПБ имени Н.Н. Солодникова была создана комиссия, которая проводит анализ суицидальных попыток и завершенных суицидов среди пациентов психиатрической службы. Комиссия по рассмотрению случаев суицидальных попыток и завершенных суицидов среди лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра и проживающих в городе Омске, работает согласно приказа главного врача. Комиссия работает в тесном взаимодействии с участковой службой. До 8 числа следующего за отчетным месяца заведующим ПДО для взрослого и детского населения передается информация о случаях суицидальных попыток и завершенных суицидов лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра. Заседания комиссии прово-дятся ежемесячно. Члены комиссии проводят анализ объяснительных участковых врачей-психиатров, амбулаторных карт пациентов. При необходимости членами комиссии запрашиваются выписные эпикризы и объяснительные с врачей стационарных подразделений. Состав комиссии изменяется ежегодно. После заседания комиссии акты по результатам работы представляются ежемесячно заместителям главного врача и заведующему ПДО. Основные данные представлены в таблице 1.

Как видно из представленных в таблице данных, в 2015 году комиссией было рассмотрено 129 случаев суицидальных действий, совершенных пациентами КПБ. Из них завершенных – 29, незавершенных - 100. Суицидальные действия распределились следующим образом в зависимости от вида наблюдения пациента: среди завершенных суицидов лиц, находящихся на диспансерном наблюдении – 18, получающих лечебно-консультативную помощь – 11. Среди незавершенных - лиц, находящихся на диспансерном наблюдении – 49, получающих лечебно-консультативную помощь – 51.



Таблица 1

Число случаев зарегистрированных суицидов пациентов в 2015-2017 гг

2015 год			2016 год			2017 год					
Всего – 129 случаев				Всего – 97 случаев			Всего – 99 случаев				
Зав	ерш.	Hes	вав.	Заве	верш. Незав.		вав.	Заве	ерш.	He	вав.
2	29	10	00	2	6	7	1	26		73	
Д	К	Д	К	Д	К	Д	К	Д	К	Д	К
18	11	49	51	18	8	40	31	20	6	42	31

В 2016 году комиссией было рассмотрено 98 случаев суицидов среди лиц, находящихся под наблюдением врача психиатра. Из них завершенных - 26, незавершенных - 71. Следующим образом распределились суицидальные действия в зависимости от вида наблюдения пациента. Среди завершенных - лиц, находящихся на диспансерном наблюдении – 18, получающих лечебно-консультативную помощь – 8. Среди незавершенных - лиц, находящихся на диспансерном наблюдении – 40, получающих лечебно-консультативную помощь – 31.

В 2017 году комиссия продолжила свою работу, в течение года было рассмотрено 99 случаев совершения суицидальных действий пациентами ОПНД. Из всех суицидов, совершенных лицами, находящимися под наблюдением врача-психиатра, попытки составили 73 случая (в 2016 году -71), из которых 42 попытки совершили пациенты под диспансерным наблюдением, 31 – получавшие лечебноконсультативную помощь.

В результате проведенного анализа выявлено распределение рассмотренных комиссией случаев в 2017г. по нозологической патологии. Ведущие места в структуре психических расстройств занимают шизофрения (35 случаев) и заболевания из рубрики F 06 «Другие психические расстройства в связи с повреждением или дисфункцией головного мозга» (23 случая). В дальнейшем заболевания распределились следующим образом:

- органическое расстройство личности 14 случаев;
- рекуррентное депрессивное расстройство8 случаев;
 - легкая умственная отсталость 7 случаев;
- специфическое расстройство личности 5 случаев;
- из рубрики F40 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» 3 случая;
 - депрессивный эпизод 2 случая;
- шизотипическое расстройство личности 2 случая.

Существенно заметить, что преобладающие по численности в диспансерном отделении больные с шизофренией соотносятся с высокой группой суицидального риска в первые 5 лет от начала заболевания; в последующие годы, с учетом прогредиентности процесса, нарастания эмоционального дефицита и снижения энергетического потенциала, суицидальная активность уменьшается, нередко заменяясь другими видами девиаций.

Мотивация суицидальных попыток при реактивных депрессиях, психопатиях и неврозах определяется, как правило, психотравмирующими ситуациями, чаще в семейной и интимноличной сферах, причем характер суицидогенных психических травм коррелирует с личностными особенностями пациентов. При аффективных психозах и шизофрении мотивация покушений на самоубийство является результатом сложного сочетания психопатологических расстройств и психогенных ситуационных воздействий, удельный вес которых различен на разных этапах заболевания. Так, в интермиссиях и ремиссиях в большинстве случаев возрастает роль реальных конфликтных ситуаций, аналогичных тем, которые наблюдаются при пограничной патологии, в периоды обострений – ведущую роль в мотивации суицидального поведения психопатологические расстройства, играют преимущественно аффективно-бредовых регистров.

В ходе проведения заседаний комиссии наиболее частыми замечаниями были:

- 1) нарушение режима наблюдения за пациентами диспансерного отделения. Это можно объяснить недоукомплектованностью диспансера докторами. Зачастую данные случаи происходят на участках совмещения, участковые психиатры ведут по несколько участков, в связи с загруженностью не могут осуществлять достаточный контроль за пациентами.
- 2) недооценка психического состояния пациентов врачами стационарных и промежуточных подразделений и диспансера при выписке пациента, что также можно объяснить повышенными нагрузками на врачей.



3) несоответствие назначенного лечения тяжести психического состояния, отсутствие своевременной коррекции терапии.

По литературным данным типы клинических ошибок при ведении суицидента следующие:

- 1. Диагностические: ошибочная или запоздалая оценка факторов суицидального риска, включая выявление симптомов депрессии или игнорирование дистресса нежелательных действий терапии;
- 2. Лечебные: ошибка в процессе лечения (недоучёт несоблюдения лекарственного режима), откладывание начала лечения;
- 3. Превентивные: отсутствие профилактического лечения, ненадлежащее наблюдение;
- 4. Другие: отсутствие коммуникации (связей специалистов, звеньев стационарной и внебольничной помощи).

По результатам проведенного анализа работы комиссии по разбору случаев совершения суицидальных действий пациентами, находящимися под наблюдем врача-психиатра, были

разработаны следующие предложения и рекомендации.

- Осуществление тщательного наблюдения и контроля над психическим состоянием и лечением пациента на амбулаторном этапе после выписки из стационарных подразделений в каждом конкретном случае и особенно, когда госпитализация была связана с суицидальной попыткой.
- При работе с пациентами, совершившими повторные суицидальные попытки, более полно задействовать полипрофессиональную бригаду (психолог, специалист по социальной работе, социальный работник).
- В тяжелых случаях (несколько суицидальных попыток и/или повторные в течение календарного года) среди лиц, получающих лечебно-консультативную помощь, необходимо своевременное определение диспансерного вида наблюдения в связи с высоким риском совершения завершенной суицидальной попытки.
- При выписке из отделения направлять пациентов по клиническим показаниям на комиссионный осмотр в отделение АПЛ с кабинетом АДН для решения вопроса о необходимости активного динамического наблюдения.
- При проведении заседаний комиссии по анализу суицидальных действий среди пациентов КПБ уделять особое внимание суицидальным действиям, совершенным пациентами в течение 2 месяцев после выписки из стационарных и полустационарных подразделений больницы.
- Обеспечение взаимодействия между ЛПУ г. Омска и Омской области и КПБ по вопросам оказания психиатрической помощи суицидентам, получающим медицинскую помощь вне психиатрической больницы.



Биологическая психиатрия

УДК 616-08

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS1057293 ГЕНА SGK1 И АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ Е.Г. Полтавская, О.Ю. Федоренко, Е.Г. Корнетова

НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук

egboyarko@mail.ru f_o_y@mail.ru kornetova@sibmail.com

Аннотация. Антипсихотик-индуцированные тардивная дискинезия (ТД) и гиперпролактинемия (ГП) значительно снижают качество жизни пациентов с шизофренией и являются одной из основных причин прекращения медикаментозного лечения пациентами. Поиск генетических маркеров, предиспонирующих развитие антипсихотик-индуцированных побочных эффектов, является одной из перспективных стратегий прогнозирования индивидуальных реакцию на лечение. Для изучения ТД обследовано 381 пациент с шизофренией по шкале AIMS. Для исследования ГП у 155 больных шизофренией измерена концентрация пролактина в сыворотке крови иммуноферментным методом. Проведен анализ ассоциаций гs1057293 гена SGK1 с ТД и ГП у больных шизофренией, длительно получающий антипсихотическую терапию. Выявлена ассоциация генотипа АА и аллеля А полиморфизма rs1057293 с ТД и ассоциация аллеля G с ГП.

Ключевые слова. тардивная дискинезия, гиперпролактинемия, антипсихотик-индуцированные побочные эффекты, полиморфизм генов, SGK1.

ASSOCIATION BETWEEN RS1057293 POLYMORPHISM OF SGK1 GENE AND ANTIPSYCHOTIC-INDUCED SIDE EFFECTS

E.G. Poltavskaya, O.Yu. Fedorenko, E.G. Kornetova

Abstract. Antipsychotic-induced tardive dyskinesia (TD) and hyperprolactinemia (HP) significantly reduce the quality of life of patients with schizophrenia. Side effects are one of the main reasons for stopping drug treatment by patients. The search for genetic markers that pre-empt the development of antipsychotic-induced side effects is one of the most promising strategies for predicting individual responses to treatment. To study the TD, 381 patients with schizophrenia were examined on the AIMS scale. For the study of HP in 155 patients with schizophrenia, the serum concentration of prolactin was measured by an enzyme immunoassay. The association of rs1057293 of the SGK1 gene with TD and GP in the patients with schizophrenia was analyzed. The association of the genotype AA and the allele A rs1057293 with TD and the association of the allele G with HP have been revealed.

Keywords. tardive dyskinesia, hyperprolactinemia, antipsychotic-induced side effects, gene polymorphism, SGK1.

Актуальность. Применение антипсихотических препаратов часто сопровождается неврологическими и метаболическими побочными эффектами. Фармакогенетические подходы дают возможность идентифицировать биомаркеспецифичные для пациента, прогнозирования риска развития этих побочных эффектов. На сегодняшний день продолжаодиночных ется активное исследование нуклеотидных полиморфизмов (single nucleotide polymorphism, SNP) в различных генах, которые становятся объектом интереса в отношении развития нежелательных реакций организма на терапию. Несмотря на продемонстрированную эффективность антипсихотических препаратов при лечении шизофрении в краткосрочных контролируемых клинических испытаниях, долгосрочные результаты часто остаются неудовлетворительными. Клиническое исследование антипсихотических препаратов показало, что нейролептики первого поколения и

препараты второго поколения имеют ограниченную долгосрочную эффективность, в основном из-за высокого процента прекращения приема (75% больных прекратили прием препаратов в течение 18 месяцев) [21]. Высокая вероятность отказа ОТ лечения существенные клинические и экономические последствия, так как несоблюдение лечения является сильным предиктором рецидива и повторной госпитализации [16]. Пациенты, которые прекратили применение антипсихотиков, могут в 5 раз чаще рецидивировать, чем пациенты, не прекращавшие медикаментозное лечение [24]. Следовательно, прогнозирование и оценка риска развития побочных эффектов могут быть эффективной стратегией при назначении терапии и могут улучшить прогноз при шизофрении.

Антипсихотики чаще всего ассоциируются с нервно-мышечными побочными эффектами, включая потенциально необратимое нарушение

позднюю или тардивную дискинезию (ТД) [12]. В больших когортных исследованиях было показано, что ТД возникает, по меньшей мере, у одного из пяти пациентов, получающих антипсихотические препараты длительно [17]. Заболеваемость ТД составляет приблизительно от 3% до 5% в первый год лечения, и эти показатели увеличиваются в пять раз у пожилых пациентов [15].

Еще один распространенный побочный эффект антипсихотической терапии – гиперпролактинемия (ГП). Патологическое повышение концентрации пролактина на фоне лечения антипсихотиками связывают, как и ТД, с блокадой нейрональных дофаминовых рецепторов, однако если к развитию ТД ведет блокада D2-рецепторов в нигростриальном тракте, то для возникновения ГП требуется блокада в тубероинфундибулярном тракте [22].

Большое число исследований, посвященных фармакогенетике экстрапирамидных и метаболических побочных эффектов антипсихотической терапии, посвящено изучению генов, кодирующих непосредственно D2 и D3-рецепторы [1, 20]. Не менее значимыми представляются гены, влияющие на работу дофаминовых рецепторов и участвующие в регуляции дофаминовой системы.

Одним из интересных кандидатов для модуляции дофаминергической нейротрансмиссии является сывороткаи глюкокортикоидиндуцируемая киназа SGK1, которая кодируется геном SGK на хромосоме 6q23 и является повсеместно выраженной серин-треонин-киназой в организме человека. SGK1 был первоначально идентифицирован у грызунов в качестве сыворотки и глюкокортикоидной регулируемой ки-[25]. Киназа обеспечивает важную молекулярную связь между солевым и глюкозным гомеостазом, поскольку мыши с нокаутом SGK1 продемонстрировали снижение потребления глюкозы в клетках, зависящих от SGK1 [9]. SGK1 регулирует активность калиевых каналов, которые, в свою очередь, представлены в нейронах головного мозга и участвуют в осуществлении дофаминергической нейротрансмиссии [14]. Таким образом, SGK1 может модулировать работу дофаминовой системы нейронов головного мозга. Полиморфный вариант rs1057293 гена SGK1 рассматривали в исследованиях различных объектов интереса. Была показана ассоданного локуса с ишемическим инсультом [13] и с уровнем кровяного давления [10]. Также были проведены исследования, не подтвердившие ассоциации rs1057293 с центральной серозной хориоретинопатией [5], транзиторным тахипноэ новорожденных [23], алкоголизмом [3]. Настоящее исследование посвящено анализу ассоциаций данного локуса с антипсихотик-индуцированными экстрапирамидными и метаболическими нарушениями.

Целью исследования было выявление ассоциаций полиморфного варианта rs1057293 гена SGK1 с побочными эффектами антипсихотической терапии (тардивная дискинезия и гиперпролактинемия) при шизофрении.

Материалы и методы. Было проведено обследование 381 человека с верифицированным диагнозом шизофрения (F20). В этой выборке у 118 человек (73 мужчины и 46 женщин) была выявлена тардивная дискинезия на фоне лечения, 263 человека (169 мужчин и 94 женщины) не имели экстрапирамидных расстройств. Для постановки диагноза тардивная дискинезия больные шизофренией были обследованы по международной шкале патологических непреднамеренных движений (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS). Для исследования гиперпролактинемии у 155 человек была измерена концентрация пролактина иммуноферментным методом в сыворотке крови (верхние границы нормальных значений: для мужчин - 20 нг/мл, для женщин - 25 нг/мл) [18]. Из них у 77 человек (58 мужчин и 19 женщин) был поставлен диагноз гиперпролактинемия, а у 78 человек (50 мужчин и 28 женщин) концентрация пролактина была в пределах нормы.

Генотипирование полиморфного варианта rs1057293 гена SGK1 проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени на амплификаторе StepOnePlus TM Real-Time PCR System (AppliedBiosystems, CIIIA) c использованием наборов TaqManValidated SNP Genotyping Assay (AppliedBiosystems, США). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы SPSS 21.0. с использованием непараметрических методов с вычислением медианы и квартилей (Ме(25%Q-75%Q). Для проверки соответствия распределения частот генотипов исследуемых генов равновесному распределению Харди-Вайнберга использовался модифицированный критерий χ^2 . Статистически значимыми результаты считались при уровне p<0,05.

Результаты и обсуждение. Группы больных шизофренией с тардивной дискинезией и без двигательных расстройств отличались по показателям возраста и длительности заболевания (табл. 1). Для пациентов с экстрапирамидной симптоматикой оба этих показателя были статистически значимо выше, что соответствует литературным данным [2]. Между группами больных шизофренией с гиперпролактинемией и без нее таких различий не выявлено (табл. 1).

Таблица 1 Клинико-демографические характеристики пациентов с тардивной дискинезией (ТД), гиперпролактинемией (ГП) и без побочных эффектов терапии (Me(25%Q-75%Q)

	СТД	Без ТД	P-value	СП	Без ГП	P-value
Возраст (годы)	47 (33 – 55)	41 (28 – 52)	p=0,024*	36 (25 – 47)	40 (30 – 49)	p=0,138
Длительность за- болевания (годы)	18 (8 – 29)	13 (6 – 23)	p=0,010*	11 (4 – 20)	10 (7 – 19)	p=0,634

Примечание: * - уровень статистической значимости p<0,05, сравнение выполнено с использованием критерия Манна-Уитни.

Группы больных шизофренией с тардивной дискинезией и без нее также различались в зависимости от частоты госпитализаций в психиатрический стационар – госпитализация реже 1 раза в год, 1 раз в год, либо чаще, чем 1 раз в год (χ^2 =12,979, p=0,002) (Рис. 1). При попарном сравнении различия выявлены между подгруплами с госпитализацией реже 1 раза в год и с

госпитализацией чаще 1 раза в год (χ^2 =10,924, $p_{1\cdot3}$ =0,003). Другие пары подгрупп после введения поправки Бонферрони для множественного сравнения не имели статистической значимости (χ^2 =2,094, $p_{1\cdot2}$ =0,444; χ^2 =4,283, $p_{2\cdot3}$ =0,124). Группы больных шизофренией с гиперпролактинемией и без нее по данному показателю не различались (χ^2 =2,191, μ =0,334) (Рис. 1).

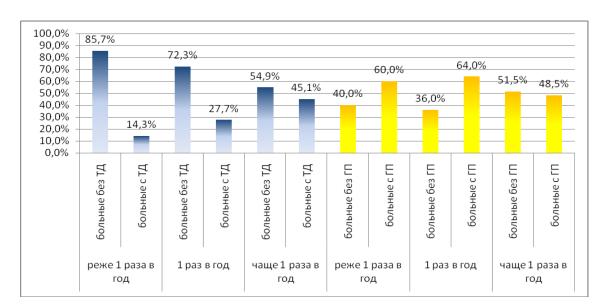


Рис.1. Частота госпитализаций (%) в группах больных шизофренией с выраженными побочными эффектами антипсихотической терапии и без побочных эффектов.

На этапе исследования ассоциации полиморфизма rs1057293 гена *SGK1* с тардивной дискинезией были получены данные о распределении частот генотипов и аллелей данного

локуса в двух группах сравнения – в группе больных шизофренией с выраженными экстрапирамидными симптомами и группе без ТД (табл. 2).

Таблица 2 Распределение частот генотипов и аллелей полиморфизма rs1057293 гена *SGK1* в группах больных шизофренией с тардивной дискинезией и без нее (абс., %).

Группа боль-	Генс	отипы rs1057	7293	x ² .	Аллели r	s1057293	χ^2 .
ных шизофре- нией	AA (n=23)	AG (n=77)	GG (n=283)	p-value	А	G	p-value
Без ТД	12 (4,5%)	53 (20,1%)	199 (75,4%)	χ ² =3,270,	77 (14,6%)	451 (85,4%)	χ ² =2,740,
СТД	11 (9,2%)	24 (20,2%)	84 (70,6%)	p=0,195	46 (19,3%)	192 (80,7%)	p=0,100

Распределение частот генотипов и аллелей rs1057293 SGK1 в группах сравнения статистически значимо не различались (p=0,100). По литературным данным [2] женщины больше подвержены риску развития поздней дискинезии. Возможно, для предрасположенности к развитию экстрапирамидных расстройств на фоне лечения одни и те же полиморфные варианты генов могут быть более или менее актуальны в зависимости от пола. В связи с этим было про-

ведено дополнительное сравнение распределения частот генотипов и аллелей исследуемых генов в группах мужчин и женщин. Среди женщин в группах с тардивной дискинезией и без ТД распределение частот генотипов и аллелей статистически значимо не различалось (χ^2 =0,969, p=0,616 для генотипов, χ^2 =0,070, p=0,790 для аллелей). В то же время были выявлены различия в группе мужчин (табл. 3).

Таблица 3 Распределение частот генотипов и аллелей rs1057293 гена *SGK1* в группах больных шизофренией мужского пола с тардивной дискинезией и без нее (абс., %).

Fay = 2 - 1 - 1 - 1 - 1	Генс	отипы rs1057	7293	•	Аллели г	s1057293		
Группа муж- чин, больных шизофренией	AA (n=18)	AG (n=42)	GG (n=182)	χ ² , p-value	А	G	χ ² , p-value	
Без ТД	8 (4,7%)	31 (18,3%)	130 (76,9%)	χ ² =6,043	47 (13,9%)	291 (86,1%)	χ ² =4,050	
СТД	10 (13,7%)	11 (15,1%)	52 (71,2%)	p=0,049*	31 (21,2%)	115 (78,8%)	p=0,040*	

Примечание: * – уровень статистически значимых различий р<0,05

Был рассчитан показатель «отношение шансов» (odds ratio, OR) с 95% доверительным интервалом (confidence interval, CI) для генотипов и аллелей, который показывает возможность развития заболевания или побочного эффекта в зависимости от носительства того или иного генотипа/аллея. Исходя из полученных данных, можно заключить, что генотип АА ассоциирован с тардивной дискинезией, значение отношения шансов ОR для него составило 3,21 (95% CI:1,21 – 8,51). Распределение аллелей также значимо различалось (p=0,040), для алле-

ля А значение OR составило 1,67 (95% CI:1,01 – 2,76), что говорит о его возможном вкладе в развитие тардивной дискинезии.

Для выяснения ассоциации полиморфного варианта rs1057293 гена SGK1 с развитием гиперпролактинемии у пациентов, принимающих нейролептики, было проанализировано распределение частот генотипов и аллелей в группе пациентов с нормальной и повышенной концентрацией пролактина в сыворотке крови (табл.4).

Таблица 4 Распределение частот генотипов и аллелей rs1057293 гена *SGK1* в группах больных шизофренией с гиперпролактинемией и без нее (абс.. %).

	0 07 12 112			niponakimiloi		100 (0.00., 70	<i>,</i> ·
	Генс	отипы rs1057	7293		Аллели г	s1057293	·
Группа паци- ентов	AA (n=23)	AG (n=20)	GG (n=112)	χ ² , p-value	А	Ð	χ ² , p-value
Без ГП	15 (19,5%)	10 (13,0%)	52 (67,5%)	χ ² =2,696	40 (26,0%)	112 (74,0%)	$\chi^2 = 4,010$
СП	8 (10,3%)	10 (12,8%)	60 (76,9%)	p=0,260	26 (16,7%)	130 (83,3%)	p=0,049*

Примечание: * – уровень статистической значимости различий p<0,05.

Выявлена ассоциация аллеля G полиморфного варианта rs1057293 гена *SGK1* с гиперпролактинемией, значение отношения шансов для данного аллеля составило 1,75 (95% CI: 1,01 – 3,05). Мутантный аллель A в данном случае несет в себе потенциальный протективный эффект (OR=0,57 (95% CI: 0,33 – 0,99).

Стоит отметить, что по результатам проведенного исследования полиморфный вариант rs1057293 гена *SGK1* связан с развитием как тардивной дискинезии, так и гиперпролактинемии. Однако, аллели, ассоцированные с данными побочными эффектами, разные. Так, для аллеля А и генотипа АА прослеживается связь с тардивной дискинезией в то время, как в отно-

шении гиперпролактинемии данный аллель имеет протективный эффект. В ранних исследованиях [20] подобный дуализм роли генетических полиморфизмов в развитии этих двух побочных эффектов антипсихотической терапии был показан в отношении гена дофаминового рецептора DRD2. Для полиморфного варианта Tag1A (rs1800497) из локуса ANKK1 / DRD2 в нескольких исследованиях показана ассоциация аллеля С с тардивной дискинезией [8, 27], а аллель Т ассоциирован с антипсихотикиндуцированным повышением концентрации пролактина в крови [4, 11, 26]. Также в литературе приведены данные о полиморфном варианте -141C Ins/Del (rs1799732) гена DRD2. Генотипы Ins/Del и Del/Del были связаны со значительным повышением пролактина на фоне антипсихотического лечения[6], в это же время в другом исследовании[19] была показана ассоциация данного полиморфного варианта с тардивной дискинезией, при этом аллель Del в этом случае имел протективный эффект в отношении экстрапирамидной симптоматики. Эти данные могут свидетельствовать о том, что в патогенезе развития тардивной дискинезии и гиперпролактинемии, затрагивающих различные механизмы регуляции метаболизма нейрональных медиаторов, существует общее звено патогенеза, характеризующееся разнонаправ-

ленностью процесса в зависимости от проявляющегося побочного эффекта.

Развитие тех или иных клинических эффектов нейролептиков зависит от постсинаптической блокады D2 рецепторов в различных отделах головного мозга. Угнетение дофаминергической нейротрансмиссии в мезолимбичесистеме ответственно за развитие собственно антипсихотического эффекта, в нигростриальной области - за экстрапирамидные побочные эффекты, в туберо-инфундибулярном тракте - за гиперпролактинемию [7, 22]. Таким образом, можно предположить, что полиморфизмы генов дофаминергической системы, а также генов, связанных с модуляцией дофаминовой нейротрансмиссии, могут определять приоритет блокады дофаминергических рецепторов, тем самым регулируя выраженность того или иного эффекта антипсихотических препаратов.

Заключение. В данном исследовании была подтверждена гипотеза о вкладе полиморфизма rs1057293 гена *SGK1* в развитие побочных эффектов антипсихотической терапии шизофрении. Была выявлена ассоциация генотипа АА и аллеля А с тардивной дискинезией, а также ассоциация аллеля G с развитием гиперпролактинемии у пациентов, длительно принимающих антипсихотические препараты.

Литература

- 1. Иванова С.А., Федоренко О.Ю., Бохан Н.А., Боярко Е.Г., Семке А.В., Сорокина В.А., Говорин Н.В., Абрамов Д.Е. Роль полиморфизма гена дофаминового рецептора DRD3 в развитии поздней дискинезии при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. №1. С. 5-9.
- 2. Корнетова Е.Г., Иванова С.А., Семке А.В., Бородюк Ю.Н., Бойко А.С. Гиперпролактинемия как побочный эффект антипсихотической терапии больных шизофренией: Пособие для врачей. Томск, 2015. 28 с.
- 3. Федоренко О.Ю., Боярко Е.Г., Искалиева Д.Р., Тощакова В.А., Часовских А.В., Иванова С.А. Изучение ассоциации полиморфных вариантов гена сыворотко- и глюкокортикоид-индуцируемой киназы 1 с алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. №5(80). С. 5-8.
- 4. Aklillu E., Kalow W., Endrenyi L., Harper P., Miura J., Ozdemir V. CYP2D6 and DRD2 genes differentially impact pharmacodynamic sensitivity and time course of prolactin response to perphenazine // Pharmacogenet Genomics. 2007. Vol. 17. P. 989–993.
- 5. Akyol M., Erol M.K., Ozdemir O., Coban D.T., Bilgin A.B., Sari E.S., Turkoglu E.B. A novel mutation of sgk-1 gene in central serous chorioretinopathy // Int. J. Ophthalmol. 2015. Vol. 18;8(1). P. 23-28.
- 6. Alladi C.G., Mohan A., Shewade D.G., Rajkumar R.P., Adithan S., Subramanian K.. Risperidone-Induced Adverse Drug Reactions and Role of DRD2 (-141 C Ins/Del) and 5HTR2C(-759 C>T) Genetic Polymorphisms in Patients with Schizo-phrenia // J. Pharmacol. Pharmacother. 2017. Vol. 8(1). P. 28-32.
- 7. Aquino C.C., Lang A.E. Tardive dyskinesia syndromes: current concepts // Parkinsonism and Related Disorders. 2014. Vol. 20 (Suppl 1). S. 113–117.
- 8. Bakker P.R., van Harten P.N., van Os J. Antipsychotic-induced tardive dyskinesia and polymorphic variations in COMT, DRD2, CYP1A2 and MnSOD genes: a meta-analysis of pharmacogenetic interactions // Mol. Psychiatry. 2008. Vol.13(5). P. 544-556.
- 9. Boini K.M., Hennige A.M., Huang D.Y., Friedrich B., Palmada M., Boehmer C., Grahammer F., Artunc F., Ullrich S., Avram D., Osswald H., Wulff P., Kuhl D., Vallon V., Häring H.U., Lang F. Serum- and glucocorticoid-inducible kinase 1 mediates salt sensitivity of glucose tolerance. // Diabetes. 2006. Vol. 55. P.2059–2066.
- 10. Busjahn A., Aydin A., Uhlmann R., Krasko C., Bähring S., Szelestei T., Feng Y., Dahm S., Sharma A.M., Luft F.C., Lang F. Serum- and glucocorticoid-regulated kinase (SGK1) gene and blood pressure // Hypertension. 2002. Vol. 40(3). P. 256-260.
- 11. Calarge C.A., Ellingrod V.L., Acion L., Miller D.D., Moline J., Tansey M.J., Schlechte J.A. Variants of the dopamine D2 receptor gene and risperidone-induced hyperprolactinemia in children and adolescents // Pharmacogenet Genomics. 2009. Vol. 19(5). P. 373-382.
- 12. Casey D.E. Neuroleptic drug-induced extrapyramidal syndromes and tardive dyskinesia. // Schizophr. Res. 1991. Vol. 4. P. 109-120.

- 13. Dahlberg J., Smith G., Norrving B., Nilsson P., Hedblad B., Engström G., Lövkvist H., Carlson J, Lindgren A., Melander O. Genetic variants in serum and glucocortocoid regulated kinase 1, a regulator of the epithelial sodium channel, are associated with ischaemic stroke // J. Hypertens. 2011. Vol. 29(5). P. 884-889.
- 14. Fedorenko O., Tang C., Sopjani M., Föller M., Gehring E.-M., Strutz-Seebohm N., Ureche O.N., Lang F., Seebohm G., Ivanova S., Semke A., Lang U.E.PIP5K2A—dependent regulation of excitatory amino acid transporter EAAT3 // Psychopharmacology. 2009. Vol. 206 (3). P. 429–435.
 - 15. Jeste D.V., Caligiuri M.P. Tardive dyskinesia. // Schizophr Bull. 1993. Vol. 19. P. 303–315.
 - 16. Kane J.M. Treatment adherence and long-term outcomes. // CNS Spectr. 2007. Vol. 12(10suppl 17). P. 21–26.
- 17. Kane J.M.., Woerner M., Lieberman J. Tardive dyskinesia: prevalence, incidence, and risk factors. // J. Clin. Psychopharmacol. 1988. Vol. 8(4 suppl). S. 52–56.
- 18. Kelly D.L., Wehring H.J., Earl A.K., Sullivan K.M., Dickerson F.B., Feldman S., McMahon R.P., Buchanan R.W., Warfel D., Keller W.R, Fischer B.A, Shim J.C. Treating symptomatic hyperprolactinemia in women with schizophrenia: presentation of the ongoing DAAMSEL clinical trial (Dopamine partial Agonist, Aripiprazole, for the Management of Symptomatic ELevated prolactin) // BMC Psychiatry. 2013. Vol. 22. P. 13–214.
- 19. Koning J.P., Vehof J., Burger H., Wilffert B., Al Hadithy A., Alizadeh B., van Harten P.N., Snieder H.; Genetic Risk and Outcome in Psychosis (GROUP) investigators. Association of two DRD2 gene polymorphisms with acute and tardive antipsychotic-induced movement disorders in young Caucasian patients // Psychopharmacology (Berl). 2012. Vol. 219(3). P. 727-736.
- 20. Lencz T., Malhotra A.K. Pharmacogenetics of antipsychotic-induced side effects // Dialogues Clin. Neurosci. 2009. Vol. 11(4). P. 405-415.
- 21. Lieberman J.A., Stroup T.S., McEvoy J.P., Swartz M.S., Rosenheck R.A., Perkins D.O., Keefe R.S., Davis S.M., Davis C.E., Lebowitz B.D., Severe J., Hsiao J.K.; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia // N. Engl. J. Med. 2005. Vol. 353. P. 1209–1223.
 - 22. Loonen, A.J., Ivanova S.A. The mechanism of drug-induced dyskinesia // CNS Spectrums. 2013. Vol.18 (1). P. 15-20.
- 23. Oztekin O., Akyol M., Kalay S., Tezel G., Akcakus M., Oygur N. Investigation of the serum glucocorticoid kinase 1 gene in patients with transient tachypnea of the newborn // J. Matern Fetal Neonatal Med. 2013. Vol. 26(10). P.990-994.
- 24. Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M., Bilder R., Goldman R., Geisler S., Koreen A., Sheitman B., Chakos M., Mayerhoff D., Lieberman J.A. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. // Arch. Gen. Psychiatry. 1999. Vol. 56. P. 241–247.
- 25. Webster M.K., Goya L., Ge Y., Maiyar A.C., Firestone G.L.. Characterization of SGK, a novel member of the serine/threonine protein kinase gene family which is transcriptionally induced by glucocorticoids and serum. // Mol. Cell Biol. 1993. Vol. 13. P. 2031–2040.
- 26. Young R.M., Lawford B.R., Barnes M., Burton S.C., Ritchie T., Ward W.K., Noble E.P. Prolactin levels in antipsychotic treatment of patients with schizophrenia carrying the DRD2*A1 allele // Br. J. Psychiatry. 2004. Vol. 185. P. 147–151.
- 27. Zai C.C., De Luca V., Hwang R.W., Voineskos A., Müller D.J., Remington G., Kennedy J.L. Meta-analysis of two dopamine D2 receptor gene polymorphisms with tardive dyskinesia in schizophrenia patients. // Mol. Psychiatry. 2007. Vol 12(9). P. 794-705



Клиника психических расстройств

УДК 616.89-02-082.8

СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ В АСПЕКТЕ ИЗУЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СТИГМЫ И КРИТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ К.Ф. Васильченко*, Ю.А. Жданова, С.И. Гашков, Е.А. Кукоба**

- * Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- ** Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

kirill.f.vasilchenko@gmail.com

Аннотация. В статье представлены предварительные результаты нового исследования, поводимого в медикореабилитационном отделении. Отмечена роль клинических проявлений заболевания в социальной и клинической адаптации, а так же в формировании критических способностей пациента.

Ключевые слова. шизофрения, стигма, адаптация, качество жизни, критика, осознание болезни.

SOCIAL AND CLINICAL ADAPTATION IN PATIENTS OF MEDICAL AND REHABILITATION DEPARTMENT IN A PERSPECTIVE OF THE INTERNALIZED STIGMA AND INSIGHT INVESTIGATION

K.F. Vasilchenko, Yu.A. Zhdanova, S.I. Gashkov, E.A. Kukoba

Abstract. In the article preliminary results of a new research in medical and rehabilitation department are shown. A role of clinical symptoms for adaptation, judgement and insight is noted.

Keywords: schizophrenia, stigma, adaptation, quality of life, judgment, insight

Введение. Известно, что психические расстройства, имеющие хроническое течение и нарастающие со временем негативные симптомы, приводят к ограничению пациентов к самообслуживанию [1]. В свою очередь, снижается уровень их социально-трудовой адаптации [2, 3, 4, 5, 6]. Так же отмечено ухудшение показателей социального функционирования с увеличением проявлений продуктивных симптомов [3].

Клинические проявления заболевания во многом зависят от успешности проводимого психофармакологического лечения [7]. Качество ремиссии, в свою очередь, так же зависит от качества оказанной помощи, что определяет сохранность адаптационных механизмов и социального функционирования пациентов [3, 4, 5].

Одним из важных факторов, предопределяющих успех терапевтического воздействия на пациента с психическим расстройством, является осознание им своего заболевания, сохранность критических способностей [8]. Так, имея должную критику, пациент соблюдает предписанные врачом рекомендации. В свою очередь, это обеспечивает высокие показатели клинической и социальной адаптации [9]. Кроме того, говоря об осознании пациентами своего заболевания, уместно отметить, что данный показа-

тель связан с таким феноменом как самостигматизация [10, 11], более известный в западной литературе под терминов внутреннаяя стигма (internalized stigma) [12]. Последняя, как показано в работах отечественных [13] и зарубежных [14] исследователей, определяет уровень социального функционирования [15, 16].

В БУЗ ОО "КПБ им. Н.Н. Солодникова" организовано медико-реабилитационное отделение, одной из задач которого является восстановление социальных и трудовых навыков пациентов. С целью повышения эффективности реабилитационных мероприятий, проводимых в отделении, с учетом вышесказанного, представлется весьма актуальным исследование социальной и клинической адаптации больных в аспекте изучения качества жизни, внутренней стигмы и критических способностей.

Цель исследования: изучить взаимосвязь клинической и социальной адаптации в зависимости от выраженности внутренней стигмы, осознания психического расстройства и качества жизни

Материал и методы. Исследование проходит на базе медико-реабилитационного отделения БУЗ ОО "КПБ им. Н.Н. Солодникова". Основными критериями включения в исследование явились следующие признаки: установ-

ленный диагноз шизофрении, либо шизоаффективного расстройства согласно МКБ-10, отсутствие выраженного шизофренического дефекта, согласие на участие в исследовании. В настоящее время выборка представлена 25 пациентами. По гендерному признаку больные распределились следующим образом: 56% мужчин (n=14), 44% женщин (n=11). Медиана возраста составила 45 [37; 58] лет.

Основные методы, используемые в исследовании: клинико-психопатологический, психометрический, статистический.

Изучение адаптации проводилось согласно методике, разработанной в НИИ психического здоровья Томского НИМЦ [17]. С целью изучения выраженности переживаний пациентами внутренней стигмы нами использовано приложение "SS Measure" [18], основанное на "Опроссамостигматизации" Количественная оценка критических способностей участников исследования производилась с помощью шкалы SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder - Шкала нарушеосознания психического расстройства (ШНОПР) [19]. Кроме того, в качестве одного инструментов выбран опросник качества жизни В.Л. Козловского и С.Ю. Масловского [20]. Для количественной оценки симптоматики использована шкала PANSS. Основным инструментом исследования является базисная карта "Изучение адаптации, внутренней стигмы и представлений о психическом расстройстве пациентом". Статистическая обработка данных проводилась в пакете ПО SPSS Statistics 23. Значимость различий в независимых выборках с распределением показателей, отличных от нормального, определялась с помощью критерия Краскала-Уоллеса и вычислением медианы и квартилей (Me [Q1; Q3]).

Результаты и обсуждение. В ходе настоящего исследовании нами была проведена предварительная оценка адаптации пациентов медико-реабилитационного отделения, а так же ее взаимосвязь с таким феноменом как внутренняя стигма, выраженностью критических способностей и качеством жизни.

Оценка адаптации включала в себя определение клинического и социального уровней адаптации. Взаимодействие вышеуказанных параметров изучалось с помощью корреляционного анализа Спирмена.

При изучении взаимодействия уровней адаптации и выраженности внутренней стигмы получены следующие результаты. Обнаружена средняя положительная корреляционная взаимосвязь между значением среднего балла осознания актуального на момент осмотра психического состояния по шкале SUMD и уровнем клинической адаптации (Тау = 0,55; p<0,01).

Слабая положительная корреляция обнаружена между аналогичным показателем по шкале SUMD и социальным уровнем адаптации (Tay = 0,4; p=0,014).

Кроме того, была установлена средняя положительная корреляция среднего балла осознания пациентами восприятия окружающими их психического расстройства по шкале SUMD и уровнем клинической адаптации (Тау = 0,5; p<0,01). Для социального уровня адаптации и аналогичным значением по шкале SUMD установлена слабая положительная корреляция (Тау = 0,36; p=0,03).

Сильная корреляцинная взаимосвязь установлена между значением среднего балла осознания пациентами причин своего заболевания и клиническим уровнем адаптации (Тау = 0,7; p<0,01), а с уровнем социальной адаптации была обнаружена средняя положительная корреляция (Тау = 0,52; p=0,013).

Интерпретируя вышеуказанные результаты, необходимо отметить, что при более высоких значениях уровней социальной и клинической адаптации последняя представлена хуже, чем при меньших показателях. Говоря о критических способностях, оцениваемых по шкале SUMD, следует сказать, что высокий балл так же свидетельствует о меньших критических способностях пациента, чем у участника исследования с низким значением. Таким образом, как следует из сказанного, чем ниже клинический уровень адаптации, тем менее сохранны критические способности пациента.

Клинические проявления заболевания также нашли отражение в сохранности критических способностей и осознания пациентами наличия психического расстройства. Установлена слабая положительная корреляционная связь между осознанием болезни по шкале SUMD и

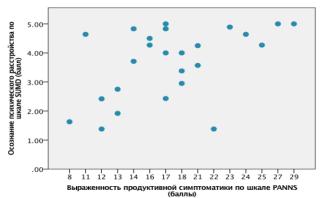


Рис. 1. Слабая положительная корреляционная взаимосвязь осознания пациентом наличия психического расстройства и продуктивной симптоматики заболевания (Тау = 0,45; p=0,025)

продуктивными симптомами (Рисунок 1).

Негативная симптоматика так же обнаружила связь и критическими способностями (Рисунок 2).

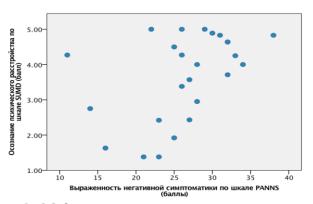


Рис. 2. Слабая положительная корреляционная взаимосвязь осознания пациентом наличия психического расстройства и негативной симптоматикой заболевания (Тау = 0,43; p=0,03)

В дополнение к вышеуказанному, нами не обнаружены корреляционные взаимосвязи показателей качества жизни с уровнями социальной адаптации (Тау = 0,22; p=0,17). Однако связь клинического уровня адаптации и качества жизни находится на уровне тенденции (Тау = 0,3; p=0,06). Так же не была установлена связь внутренней стигмы и качества жизни, внутренней стигмы и уровней адпатации. Данное наблюдение противоречит результатам исследований самостигматизации [10, 14, 15] и может быть объяснено недостаточным объемом выборки. Нами обнаружены слабые положительные корреляционные связи между такими переменными как качество жизни и средний балл осознания пациентом психического расстройства по шкале SUMD (Тау = 0,34; p=0,019), а так же качество жизни и средний балл осознания пациентами восприятия окружающими их расстройства по SUMD (Тау = 0,38; p=0,012).

Выводы. Предварительные результаты исследования позволяют говорить о взаимосвязи клинических проявлений заболевания и критических способностей, что имеет свое отражение в его социально-трудовой адаптации. Для уточнения результатов, получения дополнительных сведений, необходимо дальнейшее проведение исследования в выборке большего объема.

Литература

- 1. Vita A., Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? // Curr Opin Psychiatry. 2018 Feb 22. doi: 10.1097/YCO.00000000000000407
- 2. Rossi A, Amore M, Galderisi S, et al. The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia. Schizophr Res 2017.
- 3. Гурович И.Я., Папсуев О.О. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. № 2. С. 9-18.
- 4. Семке А. В., Микелев Ф. Ф, Корнетова Е. Г. Клинико-социальный характеристики пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой // Сиб. вест. психиатрии и наркологии. -2013. № 5 (80). -С. 40-44.
- 5. Семке А. В., Даниленко О. А., Зинчук М. С. Реабилитация больных шизофренией и шизотипическим расстройством с истероформной симптоматикой // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. -2013. -№ 5 (80). -С. 28-32.
- 6. Бородюк Ю.Н., Дмитриева Е.Г., Корнетова Е.Г., Лобачева О.А., Смирнова Л.П., Паршукова Д.А., Козлова С.М., Семке А.В. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 2 (87). С. 86-91.
- 7. Бочкарева О.С. отдаленный катамнез шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 3. С. 102-106.
- 8. Иващенко Н.Е. Исследование внутренней картины болезни при шизофрении // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2012. № 2. С. 37-45.
- 9. Дмитриева Е.Г., Даниленко О.А., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Лобачева О.А., Гуткевич Е.В., Каткова М.Н. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 3 (84). С. 18-23.
- 10. В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов, И.И. Михайлова // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2005. Т. 105. No 11. 50-54 с
- 11. Михайлова, Ирина Иосифовна. Самостигматизация психически больных: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук Науч. центр. психич. здоровья РАМН]. Москва, 2005. 23 с.; 21 см. Библиогр.: с. 22-23
- 12. Ritsher (Boyd), J. Otilingam, P. O., Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. Psychiatry Research, 121, 31-49.
- 13. Чуканова Е.К. Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера // Соц. и клин.психиатрия. 2014. Т. 24. № 1. С. 21-27.
- 14. Kearns M., Muldoon O.T., Msetfi R.M., Surgenor P.W.G. Identification Reduces Stigma of Mental Ill-Health: A Community-Based Study. Am J Community Psychol. 2018 Mar;61(1-2):229-239. doi: 10.1002/ajcp.12220
- 15. Оруджев Н.Я. Биопсихосоциальная концепция, качество жизни и реабилитация больных шизофренией / Оруджев Н.Я. Тараканова Е.А. // Казанский медицинский журнал. 2010. Т. 91. № 2. С. 264-267.
- 16. Chang, W.C., Tang, J.Y., Hui, C.L., et al., 2012. Prediction of remission and recovery in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: a 3-year follow-up study. Aust. N. Z. J. Psychiatry 46, 100–108.
 - 17. Логвинович, Г.В. А.В. Семке Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении.-Томск, 1995 216 с.
- 18. Дроздовский Ю.В., Васильченко К.Ф., Гавричкин А.В. ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. SS Measure. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2018614169; Заявл. №2017663150 18.12.2017; Регистр. 2.04.2018.
- 19. Крупченко Д.А. Клиническое значение осознания болезни при шизофрении // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2012. № 1. С. 6-16.
- 20. Козловский В.Л., Масловский С.Ю. Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии: метод. реком. СПб, 2011. 22 с.

УДК: 615.214

ОСОБЕННОСТИ КРИЗИСНОГО МЫШЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Д.Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский

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

docdmk@icloud.com

Аннотация. В исследовании приняло участие 122 подростка с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением. В ходе исследования были выделены особенности кризисного мышления, характерные для различных психических расстройств (депрессивного эпизода, реакций на стресс и нарушений адаптации, формирующихся расстройств личности), что использовалось для дифференцированного подхода в кризисной психотерапии.

Ключевые слова. Суицидальное поведение, подростки, когнитивные искажения, метапрограммы.

FEATURES OF CRISIS THINKING IN ADOLESCENTS WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS D.Yu. Kolomytsev, Yu.V. Drozdovsky

Resume. The study involved 122 adolescents with borderline mental disorders and suicidal behavior. The crisis thinking features were identified as related to various mental disorders (depressive episode, reaction to stress and adjustment disorders, emerging personality disorders), which was used for a differentiated approach in crisis psychotherapy.

Keywords. suicidal behaviour, adolescents, cognitive distortions, metaprograms

Согласно мнению большого количества исследователей, в лечении суицидального поведения наиболее перспективен комплексный подход, включающий в себя фармакологические, психотерапевтические и психосоциальные меры. При этом в связи с широкой представленностью среди суицидентов пациентов с пограничными психическими расстройствами, а также условно психически здоровых лиц, ведущее значение имеют методы психотерапии. Многие авторы говорят о необходимости разработки дифференцированных программ реабилитации в рамках психотерапии суицидального поведения.

Среди наиболее зарекомендовавших себя направлений следует выделить когнитивноповеденческий подход, который рассматривает такие индивидуально-личностные факторы, как дезадаптивные когнитивные стратегии, склонность к импульсивной агрессии, дефицит навыков решения проблем и перфекционизм в качестве просуицидальных факторов. В настоящее время особенности мышления подростков с суицидальным поведением остаются недостаточно изученными и систематизированными, в связи с чем предпринято настоящее исследование.

Нами было обследовано 122 подростка с различными пограничными психическими расстройствами и различными вариантами суицидального поведения. Первую клиническую группу (n=26) составили подростки с депрессивным эпизодом. Вторая группа (n=64) была представлена подростками с психогенными психическими расстройствами: реакциями на

тяжелый стресс и нарушениями адаптации и без признаков выраженных личностных аномалий. Третью клиническую группу (n=32) составили подростки с острой реакцией на стресс и нарушениями адаптации на фоне формирующихся личностных расстройств различной этиологии.

В качестве индивидуально-личностных факторов нами были рассмотрены когнитивные искажения и метапрограммы сфера суицидогенного конфликта, которые выявлялись и исследовались в ходе индивидуальных сессий психотерапии.

Для исследования особенностей кризисного мышления подростков нами был предпринят дискриминантный анализ, а в качестве дискриминирующей переменной был выбран диагноз пограничного психического расстройства.

В результате предварительного дисперсионного анализа было установлено, что значимые различия между группами обусловливают следующие переменные: наличие сверхгенерализации (p=0,002), наличие катастрофизации (p<0,001), наличие произвольности умозаключений (p<0,001), наличие персонализации (p=0,001), наличие дихотомичности мышления (p=0,024), а также метапрограммы эмоционального совладания (p<0,001), перцептивных категорий (p=0,013), эмоционального состояния (p=0,031), уверенности в себе (p<0,001).

В дальнейшем в ходе дискриминантного анализа было получено две функции: первая функция дискриминировала группу с депрессивным эпизодом (меньшее значение функции) от группы с расстройствами личности, вторая функция дискриминировала группу с реакция-

ми на стресс (меньшее значение функции) от двух остальных групп.

Анализ средних значений дискриминантных функций показал, что группа с депрессивными эпизодами значимо отличается от группы с расстройствами личности (p<0,001), а группа с реакциями на стресс значимо отличается от совокупной группы с депрессивными эпизодами и с расстройствами личности (p=0,002).

При анализе нормированных коэффициентов канонической дискриминантной функции было установлено, что наибольший относительный вклад (средняя и умеренная степень корреляции) в значение первой функции вносят:

- метапрограмма уверенности в себе (низкая/+высокая): R=0,513;
 - наличие катастрофизации: R=-0,454;
- метапрограмма эмоционального совладания (-пассивность/+агрессия): R=-0,446;
 - наличие персонализации: R=0,390;
 - наличие сверхгенерализации: R=0,355;
- наличие произвольности умозаключений: R=0,346.

В значение второй функции наибольший вклад (средняя и умеренная степень корреляции) вносят:

- наличие произвольности умозаключений: R=0,618;
- метапрограмма перцептивных категорий (-континуум/+полярность): R=0,353.

Полученные данные позволяют говорить о клинически значимой неоднородности кризисного мышления подростков, что говорит о необходимости использовать различные подходы в антикризисной терапии, в первую очередь в рамках когнитивно-бихевиорального подхода, а также способствует ограничению эффективности тех или иных психотерапевтических техник. Нами были разработаны и апробированы дифференцированные программы психотерапевтической реабилитации подростков с суицидальным поведением, в частности в зависимости от диагноза психического расстройства.



Психофармакология

УДК: 615.214

ПРОКОГНИТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ФЛУВОКСАМИНА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

А.Е. Бобров*, Л.А. Краснослободцева, Е.М. Мутных

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия; Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологи» Минздрава России, Москва, Россия

Репринт: Бобров А.Е., Краснослободцева Л.А., Мутных Е.М. Прокогнитивные эффекты флувоксамина (предварительные данные). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018;118(6):43-49. https://doi.org/10.17116/jnevro20181186143

Статья предоставлена ООО «Эбботт Лэбораториз»

bobrov2004@yandex.ru

Аннотация. Цель исследования. Выявление и изучение прокогнитивных эффектов флувоксамина. Материал и методы. Проведено проспективное несравнительное исследование профилактического применения флувоксамина у 50 больных, находящихся в неполной терапевтической ремиссии рекуррентного депрессивного расстройства. Для оценки эффективности терапии использовали тест словесно-цветовой интерференции Струпа, Модифицированную Адденбрукскую когнитивную шкалу, батарею лобной дисфункции, шкалу Гамильтона для депрессии и шкалу самооценки социальной адаптации. Флувоксамин назначали в дозах 50—150 мг/сут, на протяжении 24 нед. Результаты. Отмечено улучшение исполнительных функций, включая избирательное внимание и тормозный контроль, а также восстановление вербальной беглости (скорости ассоциативных процессов). Прокогнитивное действие флувоксамина имело дозозависимый характер и было взаимосвязано с редукцией резидуальной депрессивной симптоматики. Заключение. Сделан вывод о наличии у флувоксамина прокогнитивных эффектов, которые способствуют стабильности ремиссии и улучшению социальной адаптации пациентов.

Ключевые слова. Флувоксамин, когнитивные функции, депрессия, методы нейрокогнитивной оценки.

PROCOGNITIVE EFFECTS OF FLUVOXAMINE: PRELIMINARY DATA

A.E. Bobrov, L.A. Krasnoslobodtseva, E.M. Mutnykh

Resume. Objective. To identify and investigate procognitive effects of fluvoxamine. Material and methods. A prospective noncomparative trial of fluvoxamine was carried out in 50 patients in the remission phase of recurrent depressive disorder. To assess the efficacy of therapy, the Stroop color and word test, the Revised version of Addenbrooke's Cognitive Examination, the Frontal Assessment Battery, the Hamilton Depression Scale and the Social Adaptation Self-Evaluation Scale were used. Fluvoxamine was administered at doses of 50—150 mg/day for 24-weeks. Results. There were the improvement of executive functions, including selective attention and inhibitory control, and recovery of verbal fluency. The procognitive effect of fluvoxamine was dosedependent and was related to the reduction of residual depressive symptoms. Conclusion. Fluvoxamine has procognitive effects, stabilizes remission and improves social adaptation of the patients.

Keywords. fluvoxamine, cognitive functions, depression, neurocognitive assessment techniques.

Важную роль в обеспечении когнитивных процессов, по-видимому, играют сигма-1-рецепторы, которые влияют на нейромедиаторный аппарат, препятствуют деградации нейронов и, возможно, обладают нейропластическим фактором. Как было показано экспериментально [14], агонисты сигма-1-рецепторов могут оказывать антиамнестическое и нейропротективное действие.

Из существующих на сегодняшний день агонистов сигма-1-рецепторов, разрешенных для клинического применения, наибольшей активностью обладает флувоксамин, который в то же время относится к классу селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Флувоксамин клинически эффективен при ряде психопатологических состояний, сопряженных с когнитивным дефицитом [14—16].

Цель настоящего исследования — изучение возможных прокогнитвных эффектов флувоксамина у пациентов с РДР, находящихся в неполной терапевтической ремиссии (HTP).

Главная задача исследования заключалась в оценке когнитивных функций у пациентов с РДР, находящихся в НТР на протяжении 24 нед профилактической терапии флувоксамином. Дополнительные задачи состояли в оценке стабильности достигнутой ремиссии, уровня социальной адаптации, в выявлении любых иных взаимосвязей между когнитивными, аффективными и социальными характеристиками пациентов и между изменениями когнитивных функций и дозировкой препарата.

Материал и методы

В исследование были включены 50 пациентов, 26 мужчин и 24 женщины в возрасте 18—65

лет (средний — 44,3±11,6 года), у которых в соответствии с критериями МКБ-10 было диагностировано РТР (рубрика F33) НТР.

Для динамической оценки состояния больных использовались следующие методы: шкала Гамильтона для депрессии (ШГД) [17], тест словесно-цветовой интерференции Струпа (ТСЦИС) [18, 19], модифицированная Адденбрукская когнитивная шкала (МАКШ) [20], батарея лобной дисфункции (БЛД) [21, 22], шкала самооценки социальной адаптации (ШССА) [23]. Более подробное описание методов приведено в предыдущей работе [24].

Дополнительно приводили сведения о ТСЦИС. Этот тест включает три задания. При выполнении 1-го задания пациент зачитывает вслух название цветов, написанные черными чернилами на специальной карте. При выполнении 2-го называет вслух цвета, в которые окрашены предъявляемые ему на другой карте разноцветные прямо- угольники. В 3-м задании испытуемый должен назвать цвет чернил, которыми напечатаны названия цветов. Причем этот цвет и названия цветов не совпадают (неконгруэнтное прочтение).

Критериями включения больных в исследование являлись: 1) длительность РДР не менее 2 лет при условии возникновения в прошлом не менее 2 тяжелых депрессивных эпизодов. Все больные находились в НТР, продолжительностью от 4 нед до 6 мес (сумма баллов по ШГД не более 7). При этом основные симптомы депрессии у больных отсутствовали, но выявлялись тревожность, нарушения сна и вегетативная симптоматика; 2) когнитивные нарушения, характеризовавшиеся суммарным баллом по МАКШ не более 93, а разность в выполнении 3-го и 1-го заданий ТСЦИС — не менее 10%.

Критерии невключения: наличие других аффективных расстройств, шизофрении, злоупотребления алкоголем на протяжении более 2 лет, лечение флувоксамином на протяжении предшествующих 4 нед. Дополнительные критерии исключения приведены в предыдущей публикации [24].

Исследование имело проспективный, несравнительный характер и проводилось в одной группе пациентов. План работы включал скрининговое обследование с отбором пациентов и предварительной оценкой их состояния, а также исходное обследование, при котором назначалась терапия. Затем на 1, 2, 6 и 12-й неделях лечения производились повторные обследования пациентов, на которых оценивалось общее состояние пациентов, регистрировались изучаемые параметры, а также корректировалась дозировка препарата. Завершающий визит с отменой препарата проводился на 24-й неделе терапии, после которого пациенты наблюдались еще на протяжении 30 сут.

Эффекты терапии динамически оценивались на основании сравнения результатов, полученных С использованием вышеперечисленных психометрических методик на исходном уровне, на 2-й и на 24-й неделе терапии. Заранее заданным основным критерием конечной оценки явилось изменение разности во времени между 2-м и 1-м, 3-м и 2-м, 3-м и 1-м заданиями теста Струпа исходно и на 24-й неделе терапии. Вторичные конечные критерии оценки эффективности терапии определялись по разности результатов между этими же этапами исследования. Они включали изменения суммарного балла по БЛД, общего балла по МАКШ, суммарного балла по ШАСС и долю пациентов, которые оставались в ремиссии.

Рекомендуемая начальная доза флувоксамина составляла 50 или 100 мг 1 раз в сутки, вечером. Эффективная доза флувоксамина обычно составляла 100 мг/сут, доза препарата подбиралась индивидуально в зависимости от ответа пациента и могла достигать 150 мг/сут.

Статистические методы: предварительно определенный объем intention to treat выборки составил 50 пациентов. При статистическом анализе материала использовался тест Вилкоксона для связанных выборок, а также коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для оценки связи эффектов препарата с его дозировкой использовался односторонний диспер-Предварительно сионный анализ. переменные, включенные в него, были приведены к нормальному распределению с помощью трансформации Бокса—Кокса. Данные представлены в виде среднего значения и стандартотклонения (M±SD), медианы ного квартильного рамаха (Me[Q] 44,1±1,5).

Статистический анализ выполнен с помощью пакета Statistica 10 Software package («Stat Soft Russia», Россия).

Исследование проводилось в соответствии с протоколом, который был согласован с независимым этическим комитетом Московского НИИ психиатрии. Все пациенты, вошедшие в исследование, дали добровольное информированное согласие, которое включалось в сопроводительную медицинскую документацию.

Результаты

На протяжении 1-го месяца вышли из исследования и были исключены из последующего анализа 2 пациента (оба — мужчины). Оставшиеся 48 пациентов, 24 мужчины и 24 женщины имели средний возраст 44,1±11,5 года (общий диапазон 21—65 лет). Среднее образование было у 10, среднее специальное — у 8, высшее — у 30.

Продолжительность РДР у пациентов, вошедших в анализ, варьировала от 1 до 19 лет (в среднем — 9,6±4,9 года). Количество предшествующих эпизодов депрессии варьировало от 2

до 7 (3,0±1,1). У 1 пациента в прошлом возникал эпизод депрессии с психотическими симптомами. Были однократно госпитализированы по поводу имевшегося у них психического расстройства 10 больных. Страдали сопутствующими соматическими заболеваниями 1/3 пациентов (16): гипертоническая болезнь — у 6 (12,5%), гастрит — у 7 (14,6%), пиелонефрит — у ,4 (8,3%) и хронический аднексит — 1 (2,1%).

Между 12-й и 24-й неделями 13 (27,1%) больных получали флувоксамин в дозе 50 мг/сут, 33 (68,8%) — 100 мг/ сут, а 2 (4,2%) — 150 мг/сут. Приверженность лечению оценивалась на протяжении исследования 3 раза и была признана удовлетворительной.

В процессе лечения флувоксамином у пациентов отмечалось статистически значимое улучшение по всем трем заданиям ТСЦИС (табл.

1). Наибольшее сокращение времени выполнения отмечалось в 3-м задании (называние цвета чернил, которыми было напечатано несоответствующее название цвета). Наиболее значимые статистически изменения были зарегистрированы по разности времени, затраченного на выполнение 3-го и 1-го заданий (р=0,0017). Значимые изменения отмечались также по разности времени, затрачиваемого на выполнение 2-го и 3-го заданий (показатель словесноцветовой интерференции) (р=0,0289). При этом статистически значимых сдвигов по разности между 2-м и 1-м заданиями (показатель цветовой сложности) получено не было (р=0,0692), что обусловлено большим разбросом данных. Изменения медиан показателей теста Струпа (в процентах от исходного уровня) показаны на рис. 1.

Таблица 1 Изменение показателей ТСЦИС и разности между ними у обследованных пациентов

Время выполнения, с	Исходно	2-я неделя	24 неделя	р (между ис- ходным и финальным)
1-е задание	54,0 [7,0]	51,5 [6,5]	50 [7,5]	0,0070
2-е задание	63,0 [8,0]	61,5 [9,5]	57 [10,5]	0,0033
3-е задание	102,5 [8,5]	100 [5,0]	98 [4,5]	0,000
Разность между 2-м и 1-м заданиями	10,0 [3,5]	8,5 [4,0]	8,0 [6,0]	0,0692
Разность между 3-м и 2-м заданиями	42,0 [9,0]	41 [9,0]	40 [9,5]	0,0289
Разность между 3-м и 1-м заданиями	51,5 [8,0]	50 [6,5]	47 [5,0]	0,0017

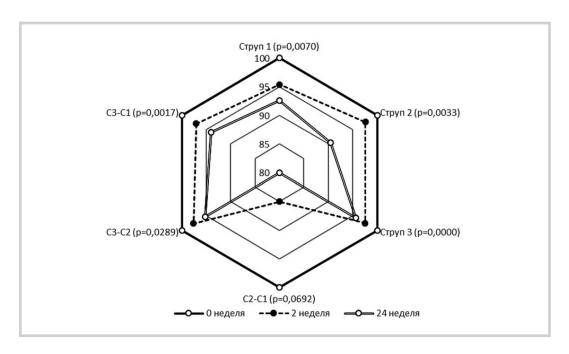


Рисунок 1. Изменение показателей ТСЦИС в процессе терапии (медианные значения показателей в % от исходного уровня). Струп 1—3— время выполнения 1—3-го заданий ТСЦИС; С3—С1— разность между временем выполнения 3-го и 1-го заданий ТСЦИС; С3—С2— разность между временем выполнения 3-го и 2-го заданий ТСЦИС; С2—С1— разность между временем выполнения 2-го и 1-го заданий ТСЦИС; р— значимость различий между исходным значением и показателями на 24-й неделе по критерию Вилкоксона.

В процессе исследования отмечались также существенные изменения показателей нейрокогнитивных проб, выполнявшихся с помощью БЛД и МАКШ. Наиболее отчетливые изменения прослеживались по следующим нейрокогнитивным параметрам МАКШ: суммарный балл, внимание и ориентировка, память, вербальная

беглость и зрительно-пространственные функции. По БЛД ввиду недостаточной чувствительности ряда параметров в качестве индикативных показателей были использованы только суммарный балл и усложненная реакция выбора. Данные по перечисленным параметрам приведены в табл. 2 и на рис. 2.

Таблица 2 Изменение показателей по МАКШ и БЛД у обследованных пациентов (баллы)

Показаль	Исходно	2-я нед	24-я нед	р
Суммарный балл по МАКШ	92,0 [5,0]	93,5 [4,0]	95,0 [4,0]	0,000
Внимание/ориентировка по МАКШ	16,0 [2,0]	16,0 [2,5]	17,0 [2,5]	0,0010
Память по МАКШ	25,0 [1,0]	26,0 [1,0]	26,0 [0,5]	0,0208
Вербальная беглость по МАКШ	10,0 [2,0]	11,0 [2,0]	12,0 [2,0]	0,0011
Зрительно-пространственные функции МАКШ	15,0 [2,0]	15,0 [2,0]	15,5 [1,0]	0,0000
Суммарный балл БЛД	17,0 [2,0]	18,0 [1,0]	18,0 [0,0]	0,000
Усложненная реакция выбора БЛД	2,5 [1,0]	3,0 [1,0]	3,0 [0,0]	0,000

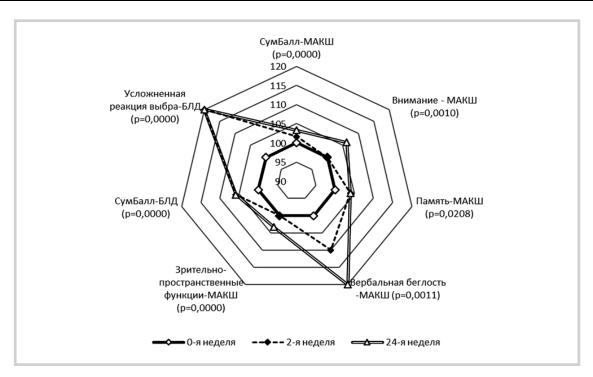


Рис. 2. Изменение показателей МАКШ и БЛД в процессе терапии (медианные значения показателей нормированы в % от исходного уровня). СумБалл-МАКШ — суммарный балл по МАКШ; Внимание-МАКШ — внимание/ориентировка по МАКШ; Память-МАКШ — память по МАКШ; Вер- бальная беглость-МАКШ — вербальная беглость по МАКШ; Зрительно-пространственные функции-МАКШ — зрительно-пространственные функции по МАКШ; СумБалл-БЛД — суммарный балл по БЛД; Усложненная реакция выбора-МАКШ — усложненная реакция выбора по МАКШ; р — значимость различий между исходным значением и показателями на 24-й неделе по критерию Вилкоксона.

Сумма баллов по ШГД на протяжении всего наблюдения постоянно снижалась (табл. 3) со значимым (p<0,050) улучшением по 12 из 17 пунктов. В частности, улучшение отмечалось по пунктам, отражающим соматическое неблагополучие, нарушения сна, а также психическую тревогу, работоспособность и активность. Кро-

ме того, следует отметить существенное улучшение инсайта (критичность больных к своему состоянию). Корреляция этого пункта ШГД с суммарным баллом по МАКШ была статистически значима и составляла 0,3154 (p<0,05).

Отсутствие значимых изменений отмечалось только по тем пунктам, которые исходно

имели нулевые значения (суицидальные тенденции, чувство вины, потеря массы тела) или очень малые значения (депрессивное настроение 0,021 исходно, 0,000 на 24-й неделе; заторможенность: 0,063 исходно, 0,000 на 24-й неделе). Среднее значение суммарного балла по ШССА возрастало с 41,5 на исходном уровне до 44,5 на 24-й неделе (p<0,000) (табл. 3).

Таблица 3 Изменение суммарных показателей по ШГД и ШССА у обследуемых пациентов (баллы)

Показатель	Исходно	1-я	2-я	<u>Недели</u> 6-я	12	24	р (между исходным значением и 24 неделей)
шгд	4,0 [1,0]	3,0 [1,0]	3,0 [2,0]	2,0 [1,0]	1,0 [1,0]	0,1 [0,0]	0,0000
ШССА	41,5 [7,0]	_	42,0 [5,0]	_	_	44,0 [6,0]	0,0005

Изучение взаимосвязей терапевтических изменений суммарного балла ШССА с другими параметрами выявило значимую корреляцию (ρ = -0,318, p<0,05) с повышением суммарного балла по МАКШ, а также с сокращением времени выполнения 1, 2 и 3-го заданий по ТСЦИС (ρ 1=0,306, ρ 2=0,511, ρ 3=0,410; все — при p<0,05). С другими интегральными показателями когнитивного функционирования взаимосвязей получено не было.

Ремиссия рекуррентной депрессии сохранялась у всех 48 пациентов, которые завершили лечение. С учетом 2 пациентов, которые выбыли из исследования, скорректированная частота сохранения ремиссии составила 96%.

При изучении зависимости эффекта от дозы флувоксамина проводилось титрование доз

флувоксамина. В итоге 3 пациентам она была доведена до 150 мг/сут, 32 — до 100 мг/сут, у 13 оставалась на первоначальном уровне – 50 мг/сут. Это позволило сравнить полученные результаты в 2 подгруппах пациентов, получавших к концу исследования флувоксамин по 50 и 100 мг/сут.

Для исследования были выбраны следующие переменные: балл по ШГД, время выполнения 3-го задания, а также суммарный балл по МАКШ. До выполнения анализа значения этих переменных были приближены к нормальному распределению по методу Кокса—Бокса.

Результаты одностороннего дисперсионного анализа представлены в табл. 4

Таблица 4 Показатели по ШГД, ТСЦИС и МАКШ у больных при приеме 50 и 100 мг/сут флувоксамина

Доза флувоксамина	а флувоксамина Число измерений		Время выполнения 3-го задания по ТСЦИС, с	Суммарный балл по МАКШ
50	99	3,081±1,817	101,556±7,255	93,030±2,901
100	43	1,070±1,818	98,2791±7,808	94,419±3,297
р (после трансфор- мации переменных Бокса-Кокса)	_	0	0,0162	0,0145

Полученные данные показали, что выраженность остаточных депрессивных симптомов по ШГД, длительность времени, необходимого для усложненного опознавания цвета по ТСЦИС, а также глубина нейрокогнитивных нарушений по МАКШ у одних и тех же пациентов статистически значимо снижалась на фоне увеличения дозы флувоксамина с 50 до 100 мг/сут.

В ходе исследования было 19 нежелательных явлений. Наиболее частыми из них были сонливость (9 больных) и тошнота (у 3). Эти явления на протяжении 1—2 нед исчезли. Летальных исходов, других серьезных и значимых нежелательных явлений при профилактической терапии флувоксамином не возникало.

Обсуждение

Результаты выполненного пилотного исследования показывают, что в процессе профилактического лечения флувоксамином у больных с РДР, находящихся в НТР, отмечается значимое улучшение когнитивных функций. Это подтверждает предположение о наличии у флувоксамина выраженного прокогнитивного действия [14, 15]. Если принять за критерий эффективности 5% терапевтическое улучшение показателей по МАКШ и ТСЦИС, то прокогнитивный эффект может быть получен у 30—50% пациентов.

Прокогнитивное действие обнаруживается в укорочении времени, затрачиваемого на выполнение 3-го задания ТСЦИС, а также в уменьшении словесно-цветовой интерференции (разность между временем выполнения 1-го и 3-го заданий). Эти факты указывают на возрастание способности больных активно управлять своим восприятием, дифференцируя сенсорноперцептивные и семантические компоненты стимулов [18].

Важно указать и на значимые эффекты, которые были зарегистрированы по МАКШ и БЛД. Это касается возрастания суммарного балла по МАКШ и БЛД, улучшения тормозного контроля (ускорение усложненной реакции выбора) по улучшения также зрительнопространственных функций, вербальной беглости и внимания/ ориентировки по МАКШ. Примечательно, что при этом прослеживается определенная этапность изменений нейрокогнитивных функций. Так, если на 1-м этапе лечепозитивные ния изменения происходят, главным образом, в доменах БЛД, то на последних этапах (к 24-й неделе) отмечается улучшезрительно-пространственных функций, беглости вербальной внимания/ориентировки по МАКШ.

Результаты исследования свидетельствуют о способности флувоксамина оказывать терапевтическое воздействие на исполнительные функции, которые связаны с целеполаганием, дифференциацией когнитивных процессов и интеграцией поведения [25]. Интересен также тот факт, что значительные изменения наблюдались по показателю вербальной беглости, который могут отражать сам феномен депрессии [3, 12, 26, 27].

Кроме того, использование флувоксамина в качестве профилактического средства способствовало стабилизации ремиссии РДР, что сопровождалось редукцией остаточной депрессивной симптоматики по ШГД (тревога, психосоматические нарушения, бессонница и нарушения критичности), которая тесно связана с состоянием когнитивного аппарата. При этом отмечалось значимое улучшение субъективной адаптации по ШССА. Примечательно, что улучшение адаптации коррелировало с повышением суммарного балла по МАКШ и умень-

шением времени выполнения заданий по ТСЦИС.

Следует также указать на взаимосвязь между дозировкой препарата и изменением трех ключевых параметров состояния больных с РДР: суммы баллов по ШГД, длительности усложненного опознавания цвета в выполнении ТСЦИС и суммарного балла по МАКШ. Статистическая значимость различий по этим параметрам в зависимости от уровня дозировок флувоксамина позволяет предположить о дозозависимом характере прокогнитивных эффектов препарата и их взаимосвязи с остаточной депрессивной симптоматикой.

Ограничения настоящего исследования связаны с отсутствием контрольной группы. Поэтому для подтверждения полученных результатов целесообразно осуществить контролируемое исследование с приемлемой статистической мощностью (75 больных с РДР и 40 пациентов контрольной группы).

Второй момент, на который следует обратить внимание — возможное влияние на результаты исследования эффектов научения при использовании ТСЦИС [28—30]. Однако проведение повторного тестирования после завершения этапа скрининга, значительная длительность интервалов между последующими пробами, а также неодинаковый характер изменения отдельных параметров, полученных с помощью данного теста, свидетельствуют о том, что возможным влиянием научения здесь можно пренебречь [31].

Также следует указать на отсутствие динамики по ряду доменов БЛД (концептуализация и автономия). Это связано с тем, что 3-балльная размерность соответствующих оценочных субшкал, входящих в БЛД, оказалась недостаточной для выявления сравнительно неглубоких когнитивных изменений у больных с РДР.

Работа выполнена при поддержке 000 «Эбботт Лэбораториз» в соответствии с открытой, несравнительной научной программой по исследованию когнитивных функций у амбулаторных пациентов с депрессией в состоянии ремиссии в период длительного профилактического применения флувоксамина (Протокол A13-996 от 13.11.15).

Литература

- 1. Phillips WJ, Hine DW, Thorsteinsson EB. Implicit cognition and depression: a meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2010;30(6):691-709. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.002
- 2. Lee RSC, Hermens DF, Porter MA, Redoblado-Hodge MA. A meta-anal- ysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. Journal of Affective Disorders. 2012;140(2):113-124. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.023
- 3. Шмуклер А.Б. Когнитивные нарушения в структуре депрессивного синдрома. Социальная и клиническая психиатрия. 2016;26(1):72-76. [
- 4. Mocking RJ. Vulnerability for new episodes in recurrent major depressive disorder: protocol for the longitudinal DELTA-neuroimaging cohort study. BMJ Open. 2016;6(3):e009510 https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009510
- 5. Ahern E, Semkovska M. Cognitive functioning in the first-episode of major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Neuropsycholo- gy. 2017;31(1):52-72. https://doi.org/10.1037/neu0000319

- 6. Alexopoulos GS, Manning K, Kanellopoulos D. Cognitive Control, Re- ward Related Decision Making and Outcomes of Late-Life Depression Treated with an Antidepressant. Psychological Medicine. 2015;45(14):3111- 3120. https://doi.org/10.1017/s0033291715001075
- 7. Бобров А.Е., Курсаков А.А. Клинический полиморфизм депрессий, когнитивный дефицит и перспективы клинического изучения эф- фектов антидепрессантов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;114(8):19-24. [Bobrov AE, Kursakov AA. Clinical poly- morphism of depression and cognitive deficit. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 2014;114(8):19-24. (In Russ.)].
- 8. Bortolato B, Miskowiak KW, Köhler CA. Cognitive remission: a novel objective for the treatment of major depression? BMC Medicine. 2016;14:9. https://doi.org/10.1186/s12916-016-0560-3
- 9. McIntyre RS, Xiao HX, Syeda K. The prevalence, measurement, and treatment of the cognitive dimension/domain in major depressive disorder. CNS Drugs. 2015;29(7):577-589. https://doi.org/10.1007/s40263-015-0263-x
- 10. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiology, phenomenology, and treatment. Journal of Child and Adolescent Psycho- pharmacology. 2008;18(6):565-571. https://doi.org/10.1089/cap.2008.032
- 11. Cowen P, Sherwood A. The role of serotonin in cognitive function: evi- dence from recent studies and implications for understanding depression. Journal of Psychopharmacology. 2013;27(7):575-583. https://doi.org/10.1177/0269881113482531
- 12. Solé B, Jiménez E, Martinez-Aran A. Cognition as a target in major depression: new developments. European Neuropsychopharmacology. 2015;25(2): 231-247. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.12.004
- 13. Kourrich S, Su T-P, Fujimoto M. The sigma-1 receptor: roles in neuronal plasticity and disease. Trends in Neurosciences. 2012;35(12):762-771. https://doi.org/10.1016/j.tins.2012.09.007
- 14. Hashimoto K. Activation of sigma-1 receptor chaperone in the treatment of neuropsychiatric diseases and its clinical implication. Journal of Pharmaco- logical Sciences. 2015;127(1):6-9. https://doi.org/10.1016/j.jphs.2014.11.010
- 15. Hindmarch I, Hashimoto K. Cognition and depression: the effects of fluvoxamine, a sigma-1 receptor agonist, reconsidered. Human Psychophar- macology: Clinical and Experimental. 2010;25(3):193-200. https://doi.org/10.1002/hup.1106
- 16. Stahl S. Antidepressant treatment of psychotic Major Depression: potential role of the sigma receptor. CNS Spectrums. 2005;10(4):319-323. https://doi.org/10.1017/s1092852900022641
- 17. Hamilton M. The Hamilton Rating Scale for Depression, eds. Assessment of Depression. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 1986. https://doi.org/10.1007/978-3-642-70486-4_14
- 18. Кох К. Эффект Струпа, его психометрические свойства и использо- вание в качестве средства оценки. Вопросы психологии. 2003;11(6):136-
- 143. [Kokh K. Effekt Strupa, ego psikhometricheskie svoistva i ispol'zovanie v kachestve sredstva otsenki. Voprosy psikhologii. 2003;11(6):136-143. (In Russ.)].
- 19. Williams JMG, MacLeod C, Mathews A. The Emotional Stroop Task and Psychopathology. Psychological Bulletin. 1996;120(1):3-24. https://doi.org/10.1037//0033-2909.120.1.3
- 20. Иванец Н.Н., Царенко Д. М., Боброва М. А., Курсаков А. А., Старо- стина Е. Г., Бобров А. Е. Применение модифицированной Адден- брукской когнитивной шкалы для оценки состояния больных в об- щей медицинской практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосо- матика. 2012;4(1):52-57. [Ivanets NN, Tsarenko DM, Bobrova MA, Kursakov AA, Starostina EG, Bobrov AE. Use of Addenbrooke's cognitive examination-revised to evaluate the patients' state in general medical practice. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2012;4(1):52-57. (In Russ.)]. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2012-362
- 21. Mathuranath PS, Nestor PJ, Berrios GE. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. Neurology. 2000;55(11):1613-1620. https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000434309.85312.19
- 22. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. Neurology. 2000;11(55):1621-1626. https://doi.org/10.1212/wnl.55.11.1621
- 23. Bosc M, Dubini A, Polin V. Suppl Development and validation of social functioning scale, the Soscial Adaptation Self-evaluation Scale. European Neuropsychopharmacology. 1997;7(1):57-70. https://doi.org/10.1016/s0924-977x(97)00420-3
- 24. Bobrov A, Krasnoslobodtseva L, Mutnykh E. Effects of Fluvoxamine on Cognitive Function in Outpatients with Depression in Remission: Results of an Open-Label Pilot Study. Journal of Psychiatry. 2017;20:5. https://doi.org/10.4172/2378-5756.1000417
- 25. Бобров А.Е., Мутных Е.М., Краснослободцева Л.А. Сравнение антипсихотиков (кветиапина, арипипразола и галоперидола): терапевтическая динамика психопатологической и нейрокогнитивной симптоматики у больных шизоаффективными расстройствами. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2014;1:39-43.
- 26. Бобров А.Е., Царенко Д.М., Курсаков А.А., Довженко Т.В. Тревож- но-депрессивные расстройства и когнитивные нарушения у больных первичного звена здравоохранения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013;113(2):14-19. [Bobrov AE, Tsarenko DM, Kursa- kov AA, Dovzhenko TV. Anxiety-depressive disorders and cognitive impairment in patients of the primary level of health care. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 2013;113(2):14-19. (In Russ.)].
- 27. Rotomskis A, Margevičiūtė R, Germanavičius A. Differential diagnosis of depression and Alzheimer's disease with the Addenbrooke's Cognitive Ex- amination-Revised (ACE-R). BMC Neurology. 2015;15(1):57. https://doi.org/10.1186/s12883-015-0315-3
- 28. Edwards S, Brice C, Craig C. Effects of caffeine, practice, and mode of presentation on Stroop task performance. Pharmacology Biochemistry and Behavior. 1996;54(2):309-315. https://doi.org/10.1016/0091-3057(95)02116-7
- 29. Salinsky MC, Storzbach D, Dodrill CB. Test-retest bias, reliability, and re- gression equations for neuropsychological measures repeated over a 12 16-week period. Journal of the International Neuropsychological Society. 2001;7(5): 597-605. https://doi.org/10.1017/s1355617701755075
- 30. Lemay S, Bédard M-A, Rouleau I. Executive Tests in Middle-Aged to El- derly Subjects. The Clinical Neuropsychologist. 2004;18(2):284-302. https://doi.org/10.1080/13854040490501718
- 31. Vaney N, Dixit A, Goyal A. Effect of caffeine on information processing: evidence from stroop task. Indian Journal of Psychological Medicine. 2012;34(3):218-222. https://doi.org/10.4103/0253-7176.106013

Психотерапия и реабилитация

УДК 616.89

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА Т.В. Саутина, Е.А. Артемьева, Е.В. Казакова, Т.П. Степанкина

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

kazakovae2010@mail.ru

Аннотация. В статье анализируются практические аспекты психосоциальной реабилитации лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрической больнице. В отделении специализированного типа реабилитация направлена на формирование адекватного отношения к заболеванию, снижение частоты госпитализаций, выработке устойчивых социально–приемлемых форм поведения, развитие самосознания, уровня мотивации к позитивным изменениям, повышение ответственности пациентов за свое социальное поведение и процесс лечения.

Ключевые слова. Психосоциальная реабилитация, принудительное лечение.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PERSONS, INCLUDING FORCED TREATMENT IN THE PSYCHIATRIC DIVISION OF THE SPECIALIZED TYPE

T.V. Sautina, E.A. Artemyeva, E.V. Kazakova, T.P. Stepankina

Resume. In the article, practical aspects of psychosocial rehabilitation of persons undergoing compulsory treatment in a psychiatric hospital are analyzed. In the department of a specialized type, rehabilitation is aimed at the formation of an adequate attitude towards the disease, reducing the frequency of hospitalizations, developing sustainable socially acceptable forms of behavior, developing self-awareness, motivating positive changes, increasing the responsibility of patients for their social behavior and treatment process.

Keywords. Psychosocial rehabilitation, compulsory treatment.

Проблема общественной опасности пациентов психиатрических больниц остается актуальной в современной психиатрии. В происхождении общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами доказано взаимодействием психопатологических проявлений, особенностей личности и факторов социальной среды.

Основной целью принудительного лечения является уменьшение общественной опасности пациентов и предупреждение совершения новых общественно опасных деяний (ООД).

Принудительное лечение для оптимального обеспечения терапевтического процесса и реабилитационных мероприятий должно включать, помимо психофармакотерапии, методы психотерапии, психокоррекции, психосоциальной реабилитации с формированием устойчивых социально – приемлемых форм поведения [5].

Психосоциальная реабилитация входит в структуру биопсихосоциальной модели реабилитации в психиатрии, является важным видом помощи, представляет собой самостоятельное направление в психиатрической службе.

Под психосоциальной реабилитацией понимается восстановление нарушенных (формирование – в случае изначальной недостаточности)

когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности (включая навыки, знания, умения взаимодействовать, решать проблемы и пр.) у психически больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество (И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, 2001) [2, с.4]. Характеризуется разнообразием форм и методов реабилитационных мероприятий (с учетом особенностей принудительного лечения лиц, психическими страдающих заболеваниями). большинство которых осуществляются преимущественно в больничных условиях, в основном, ориентированными на личность человека и его окружение.

В настоящее время наиболее эффективной формой проведения комплекса мероприятий по психосоциальной реабилитации является полипрофессиональная бригада, состоящая из специалистов различного профиля: врачей – психиатров, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, медицинской сестры [5]. Руководителем бригады является врач – психиатр. Каждый специалист бригады реализует свое направление работы с пациентом. Клинико – динамические особенности заболевания, личность пациента, его индивидуальная семейно – бытовая и социальная ситуация в значительной мере оп-

ределяют объем и характер лечебно - реабилитационных мероприятий [6]. Таким образом, врачи утверждают индивидуальную комплексную программу реабилитации, координируют деятельность специалистов бригады, развивают методы медицинской реабилитации, устанавливают диагноз, проводят психофармакотерапию, психообразовательные работы с пациентами родственниками, психотерапевтические вмешательства, соответственно, производят контроль эффективности проводимых мероприятий. Медицинские психологи развивают психологическую составляющую процесса восстановления, проводят патопсихологические исследования, составляют совместно с врачами психокоррекционные программы, проводят психосоциальные тренинги, коррекционные занятия, психологическую работу с семейным окружением пациента, а также психологическую работу с медицинским персоналом. Специалисты социальных профессий проводят различные формы социальной реабилитации, оценку социального положения и функционирования пациента, планируют мероприятия в виде инструментальной поддержки в решении текущих социальных проблем, проводят тренинги социальных навыков, психообразовательные беседы с пациентами и их родственниками по организации социально правовой помоши. Медицинские сестры проводят тренинги по модулям навыков самообслуживания, личной гигиены, закупке товаров первой необходимости. Степень востребованности каждого реабилитационного ресурса различна в зависимости от степени психического дефекта и психосоциальных проблем каждого пациента. Общим для специалистов является содействие пациенту в адаптации к лечебному учреждению, режимным требованиям, способствовать формированию здорового образа жизни (30Ж), соблюдение основных принципов реабилитации (по М.М. Кабанову): единства биологических и психосоциальных воздействий, разносторонности усилий ДЛЯ организации реабилитационной программы, принцип «партнерства», переходность проводимых воздействий и мероприятий поэтапно [3].

Направленность и содержание лечебно – реабилитационных мероприятий определено принципом этапности принудительного лечения (по В.П. Котову, 2006). И для каждого этапа соответствуют свои задачи:

І.Адаптационно – диагностический: вводный, пациентам разъясняют медицинские и правовые значения примененной к ним меры медицинского характера, акцентируют внимание на обязательность выполнения предписанного режима, порядок исполнения судебного решения. Специалисты полипрофессиональной бригады проводят оценку эмоциональных и поведенческих проблем, формулировка функционального диагноза с указанием основных дезаптирующих компонентов и психопатологического механизма совершения

ООД, достижение терапевтической ремиссии, составление социальной характеристики, плана реабилитационных мероприятий. На данном этапе необходимо формировать установки на осознание наличия психического заболевания и обусловленных им поведенческих нарушений, причин совершения противоправных действий. Формировать осознание положительных перспектив лечения, включение в психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия, что способствует решать не только ситуационно возникающие проблемы, но и достигать конкретных целей (отмены принудительного лечения, устройство на работу, возвращение в семью и т.д.).

II.Этап интенсивных лечебно - реабилитационных мероприятий, построенный на системе коллективного взаимодействия и включающий в себя медико - биологический аспект (организация режима, лечебных мероприятий), психологический (психокоррекция, психотерапия), социальный аспект (коррекция социальных ситуаций, решение вопросов нетрудоспособности, группы инвалидности, обеспечение документами, регулирование жилищных, родственных отношений). После снятия острой симптоматики у пациентов на всем текущем этапе проводят оценку агрессивных тенденций, стилей саморегуляции поведения. Разрабатывают и реализуют психокоррекционные программы, рекомендации, направленные на постепенное приобщение пациента к «работе» над своим будущим - это понимание специфики имеющегося заболевания, связанное с ним нарушений поведения и социальных проблем, планирование будущего с учетом конкретных ситуаций. Методические занятия включают курс формирования общих понятий и представлений, подготовленных на 30Ж, участие в культурных мероприятиях отделения. Важно в процессе лечения и реабилитации организовать психологическую атмосферу медицинского учреждения, у пациента должна выстроиться такая система ценностей и установок, которая позволит сочетать социальную активность, инициативность, чувство ответственности за свою судьбу с пониманием достаточно регулярного контакта с психиатром и медицинским психологом.

III.Этап стабилизации достигнутого эффекта: динамическая и патопсихологическая оценка терапевтической динамики, оценка эффективности и коррекция задач предыдущего этапа, их продолжение. Для развития приемлемых форм поведения применяют методы рациональной и поведенческой психотерапии в индивидуальной и групповой форме, тренинги коммуникативных навыков, социальной компетентности. Включение пациентов в систему социальных отношений в процессе терапии занятостью, направленной на заполнение времени пациента какими – либо делами, интересными и посильными, активизирующими и отвлекающими от болезненных переживаний. Моделирование межличностных

отношений в досуговых, игровых, трудовых ситуациях помогают избежать чувства отчужденности, протеста, негативизма. У пациентов следует формировать ощущение личной ответственности за успех, какого – либо мероприятия: ежедневной уборке, в проведении и участие в конкурсах, в групповых занятиях, досуговых мероприятиях и т.д.

IV. Заключительный этап (подготовка к выписке), характерно минимизация биологической терапии, перевод на поддерживающие дозы препаратов, использование пролонгированных форм. Выявление диссимулятивных тенденций. Продолжение проработки устойчивых социально приемлемых форм поведения, оценки адаптационных возможностей, характера и степени общественной опасности, решение вопросов дальнейшего трудоустройства, проживания, формирование социальных связей. Актуально проведение тренинга социальных навыков. психообразовательной работы с родственниками по вопросам оказания помощи и поддержки, необходимых пациенту [4,5,7,8].

Специалисты отделения принудительного лечения специализированного типа разрабатывают и проводят работу по нескольким направлениям в зависимости от реабилитационного потенциала пациентов в виде индивидуальной и групповой форм. Психосоциальная реабилитация пациентов с выраженной декомпенсацией психического состояния заключается в стимуляции попсихических тенциальных возможностей привитии навыков по самообслуживанию, социальному функционированию с целью подготовки пациента к жизни во внестационарных условиях. Для пациентов с менее выраженными формами нарушений жизнеобеспечения значение имеет психотерапевтическое и психосоциальное воздействие с целью преодоления болезненных изменений, повышения социальной активности, самооценки личности, профилактике повторных

- Психообразовательные тренинги ведут врачи, медицинский психолог. Занятия способствуют пониманию и осознанию болезни, распознаванию симптомов, в формировании комплаенса между врачом, пациентом и родственниками, выработке мотивации к соблюдению лекарственного режима, ответственности за свое здоровье, знакомят с социально – правовыми вопросами.

-Тренинги коммуникативных навыков проводят медицинский психолог, специалист по социальной работе. Занятия направлены на повышение социальной активности, самооценки пациентов, развитие способностей к общению, навыков разрешения конфликтных ситуаций, формирование чувства сопричастности, поддержки, профилактика социальной изоляции.

-Тренинги развития положительных эмоций ведет психолог, цель – поддержать и повысить уровень эмоционально – волевой сферы, развить

эмоциональную компетентность, эмпатию, снизить тревожность, застенчивость.

-Тренинги когнитивных навыков проводит медицинский психолог, занятия направлены на поддержание и развитие когнитивных функций (внимания, памяти, мышления).

-Тренинг социальных навыков направлен на приобретение навыков общения, выработку социально – бытовых навыков, приобретение навыков самостоятельной жизни. Проводит специалист по социальной работе.

-Тренинги с элементами арт - терапии ведет медицинский психолог, занятия направлены на снятие эмоционального напряжения, диагностику настроения, самопознание, организацию группового взаимодействия с помощью творческой деятельности.

-Индивидуальные беседы и групповую работу с родственниками проводят врачи, медицинский психолог, специалист по социальной работе с целью оказания эмоциональной поддержки, информирования и профилактики, так как одним из факторов, способствующих совершению повторного ООД, является отсутствие контроля со стороны родственников. Таким образом, задачей специалистов является активизация родственников пациентов, добиться их участия в лечении и реабилитации.

Занятия увеличивают объем знаний о психическом заболевании родственников, законодательстве в области охраны психического здоровья, возможных проблемах, возникающих в период пребывания пациента в домашних условиях, способах их решения, различных форм поддержки во внебольничных условиях. По результатам занятий у части родственников формируется оптимистичный прогноз на заболевание и возможные перспективы совместного проживания с пациентом [1].

- Групповые занятия сестринского персонала основаны на материалах ЗОЖ, о вреде ПАВ, правильном питании, соблюдении личной гигиены, направлены на обучение правилам поведения в общественных местах и в экстремальных ситуациях. Под контролем врачей планируют и организуют досуговые мероприятия, с целью создания благоприятного психологического климата, увеличения дневной занятости, что формирует комплаентные отношения с медицинским персоналом и способствует закреплению навыков общения.

Досуговые мероприятия включают в себя: творческие занятия (рисование, лепка, создание поделок). Настольные игры, просмотр телепередач, чтение книг, журналов. По желанию пациенты играют на музыкальных инструментах (гитаре, баяне), поют песни, слушают радиопередачи, музыку. Принимают участие в организации праздничных мероприятий и познавательных беседах.

За период 2015-2017гг. в психиатрическом отделении принудительного лечения специализированного типа №3 основной акцент направлен групповой работе, медицинским психологом проведено 536 занятий в 43 группах в формате личностно - ориентированных, коммуникативных тренингов, арт - терапевтических групп и тренингов когнитивных навыков. Совместно с врачами проведены занятия психообразовательных тренингов в 24 группах, в результате которых пациенты информированы о психических заболеваниях, приобрели опыт групповой поддержки и помощи. Сестринским персоналом групповые занятия проведены в 39 группах. Наряду с общими целями групповой работы, были определены и достигнуты следующие: выработка навыков социально - приемлемых форм поведения и преодоление форм адаптации к социальной среде на криминальном уровне. Чему также способствуют решения психокоррекционных задач на различных этапах принудительного лечении (психологическое консультирование, разработка и реализация психокоррекционных программ, индивидуальные и групповые занятия, психообразовательная работа).

Используемые приемы и методы ведения групповых занятий: функциональная тренировка поведения (тренинг социального поведения), игровые методы, самоотчеты, групповая дискуссия. Проведение бесед на актуальные темы повышения ответственности за свое поведение, взаимосвязи правонарушения и болезни, формирования навыков межличностного общения, приспособления к социуму, повышения эмоциональной компетентности, регуляции эмоций, конструктивных решений конфликтов, самопознания личностных черт и особенностей.

Положительными результатами групповой работы является приобретение пациентами социальных навыков, улучшение поведения и снижение конфликтных ситуаций среди пациентов в отделении, повышение культуры общения, расширение социальных связей.

Выписка из стационара после проведенного принудительного лечения является стрессовым фактором, предъявляющим повышенные требования к когнитивным, личностным и эмоционально – волевым ресурсам пациента. Поэтому важно сохранять преемственность и последовательность в проведении лечебно – реабилитационной работы с пациентом далее, в амбулаторных условиях.

Комплексный подход к реабилитации пациентов в психиатрии способствует более качественной реализации ее задач. Специалисты отделения разрабатывают стратегию лечебнореабилитационного процесса, как отделения в целом, так и в каждом индивидуальном случае. Первостепенными задачами реабилитации являются содействие пациентам в возвращении к жизни в обществе, помощь семье в уходе за родственниками, страдающими психическими расстройствами, предотвращение возможных рецидивов, участие в восстановлении социального положения (получение/восстановление документов, льгот, пенсий).

Психосоциальная реабилитация лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом отделении специализированного типа направлена на формирование адекватного отношения к заболеванию, снижение частоты госпитализаций, выработке устойчивых социально приемлемых форм поведения, развитие самосознания, уровня мотивации к позитивным изменениям, повышение ответственности пациентов за свое социальное поведение и процесс лечения в отделении специализированного типа. Это способствует активной адаптации к социальной среде и предполагает, снижение и предотвращение общественной опасности пациентов, обусловленной психическим расстройством, поступками, опасными для окружающих и жизни самого пациента, предупреждение совершения новых общественно опасных деяний при условии постоянной помощи психиатрических служб и поддержке близкого окружения, общества.

Литература

- 1. Васильева Е.С., Степанкина Т.П., Могиль О.В.Реабилитационная работа с семьями лиц, страдающих психическим расстройством в период принудительного лечения в стационаре специализированного типа. Омск, 2015.
- 2. Гурович И.А., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психических больных. М., 2007.
 - 3. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.,1971
 - 4. Котов В.П. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006.
 - 5. Саутина Т.В., Артемьева Е.А. Реабилитация лиц, находящихся на принудительном лечении. Омск, 2013.
- 6. Степанова О.В., Васильева Л.П., Д.В. Четвериков, Дудкина О.В., Шмидт С.П., Пульная Т.Ф., Шеллер А.Д. Методическое пособие для специалистов в области психиатрии по организации инновационных форм психиатрического сервиса. Омск, 2008.
- 7. Филатов А.Е., Гажа А.К. Психосоциальная реабилитация пациентов, находящихся на принудительном лечении в учреждении специализированного типа//XV Съезд психиатров России/9 12 ноября 2010.
- 8. Шинкевич В.Е., Федорова Е.А. Психосоциальная реабилитация при применении принудительных мер медицинского характера//Ростовский научный журнал/31.07.2017.
- 9. Шукиль Л.В., Чеперин А.И., Шеллер А.Д., Волчкова Т.Ф. Психиатрическая помощь в Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова» //Социальная и клиническая психиатрия/ 2016, т. 26 № 4

Сестринское дело в психиатрии

УДК 616.89

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ Н.А. Блинова, И.В. Пырина

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

nataha.24.11.74@mail.ru

Аннотация. Актуальной задачей работы медицинских сестер психиатрической службы является участие в реабилитационных мероприятиях, сочетающего в себе не только психофармакотерапию, но и психопрофилактику психических расстройств детско-подросткового возраста. В статье рассмотрены инновационные направления деятельности медицинской сестры при оказании психиатрической помощи детям и подросткам.

Ключевые слова. Реабилитация, психические расстройства детей и подростков.

Innovative approaches in work of medical sisters in the provision of psychiatric assistance to children and adolescents

N.A. Blinova, I.V. Piirina

Resume. The urgent task of nurses of the psychiatric service is to participate in rehabilitation activities that combine not only psychopharmacotherapy, but also psycho-prophylaxis of mental disorders of adolescents. The article considers innovative directions of the nurse's activity in the provision of psychiatric care for children and adolescents.

Keywords. Rehabilitation, mental disorders of children and adolescents.

Центром лечебно-консультативной и методической помощи по вопросам организации детско-подростковой психиатрической службы в регионе является одно из крупнейших в России бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова».

В настоящее время психиатрическая помощь детям и подросткам в Омской области представлена завершенным лечебнореабилитационным комплексом, сформированным на основе преемственности амбулаторной, стационарной службы и промежуточных внебольничных подразделений и осуществляется в рамках Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федерального Закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Главной задачей детско-подростковой психиатрической службы является оказание высококвалифицированной специализированной консультативно-диагностической, лечебнореабилитационной помощи детям и подросткам с нервно-психическими расстройствами, а также коррекционно-реабилитационным педагогическим структурам и учреждениям образования. На настоящий момент деятельность детскоподростковой психиатрической службы достаточно скоординирована, структурные подразделения оптимально взаимодействуют.

Основные меры по сохранению и укреплению психического здоровья детей и подростков

направляются на обеспечение доступности качества профилактической и медицинской помощи на амбулаторном этапе, проведение диспансерного наблюдения, коррекцию имеющихся нарушений состояния психического здоровья детского населения. Что является целевой задачей психиатрического диспансерного отделения для детей и подростков «Клинической психиатрической больницы имени Н.Н. Солодникова».

Основной принцип работы диспансера территориально-участковый, когда за врачомпсихиатром и медицинской сестрой закреплен участок с определенным числом детскоподросткового населения: 2 подростковых психиатрических и 1 детский кабинеты находятся на территории самого диспансера и 9 детских психиатрических кабинетов расположены на базе детских поликлиник 5 административных округов г. Омска. Дети, проживающие в 32 сельских районах области, наблюдаются врачамипсихиатрами центральных районных больниц.

Децентрализация расположения кабинетов при поликлиниках города способствует приближенности детских врачей-психиатров детскому населению города, и лучшей взаимосвязи со специалистами поликлиник.

Повышение доступности и качества психиатрической помощи детям осуществляется за счет внедрения новых технологий, развития высокотехнологичных медицинских услуг и снижения сроков ожидания данных видов пси-

хиатрической помощи, т.к. проблема сохранения и укрепления здоровья детей и подростков в современных условиях исключительно значима и актуальна.

В связи с этим с 2015 года на базе психиатрического диспансерного отделения для детей и подростков начал функционировать кабинет медико-социально-психологической основными задачами которого являются: профилактика психических расстройств у детей и подростков; ранее выявление психических расстройств у детей и подростков; профилактика суицидального поведения у несовершеннолетних. Используется новая технология психиатрического сервиса - применение метода лечения транскраниальной микрополяризации (ТКМП) аппаратом «Реамед-Полярис», базирующегося на активации речевых центров и на восстановлении нарушенных связей между центрами и полушариями головного мозга, используется как самостоятельный лечебный метод, так и как оптимизирующий прием в составе комплексного лечения различных психических расстройств.

В рамках решения данной задачи проводится внедрение стационарозамещающих технологий – функционирует отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков (ОИОПП для детей и подростков).

Отделение оказывает лечебнодиагностическую помощь, проводит психосоциальную реабилитацию городским и сельским детям в привычной для них микросоциальной среде без отрыва от семьи и школы, что делает его предпочтительным для пациентов и законных представителей. Уменьшаются психологические барьеры, с которыми связывается в массовом сознании негативное отношение лечения в психиатрическом стационаре, появилась возможность привлекать пациентов к лечению на ранних стадиях заболеваний. Дети, оставаясь дома, в привычных условиях имеют возможность получать комплексную психиатрическую помощь.

В отделение госпитализируются с целью обследования и лечения дети, оставшиеся без попечения родителей, проживающие в детских домах, домах ребенка, интернатах; домашние дети, состоящие под наблюдением у психиатра, помещение которых в круглосуточный стационар не является обязательным и может повлечь за собой психологическую травму; дети, страдающие психическими расстройствами в сочетании с двигательными нарушениями, нуждающиеся в уходе и имеющие ограничение для госпитализации в круглосуточный стационар.

Большое значение в рамках повышения доступности и качества помощи детям и подросткам придается психосоциальной работе - это важная часть оказываемой помощи психически

больным пациентам и их родственникам. Организация лечебной и реабилитационной работы в отделениях амбулаторно-поликлинической службы имеет комплексный подход, включающий медикаментозное лечение, психологическую поддержку, логопедическую помощь и психосоциальную реабилитацию.

Психосоциальная реабилитация – восстановление или формирование недостаточных или утраченных, в условиях, нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов навыков личности, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладения у психически больных с изъянами социальной реабилитации, обеспечивающих их интеграцию в общество.

Следует особо отметить значимость медицинской сестры психиатрической клиники на всех этапах психореабилитационного процесса. Она должна в совершенстве владеть не только навыками медицинского ухода, но и знаниями, умениями в области психосоциальной реабилитации.

В настоящее время к медицинской сестре, оказывающей помощь пациентам с психическими расстройствами приемлемы широкие функции, предусматривающие гибкость и разнообразие профессиональных подходов. В процессе своей деятельности ей необходимы навыки клинического мышления, особенно, в области детско-подростковой психиатрии, педиатрии. Тактика ведения пациентов неоднозначна и требует весьма индивидуального подхода, а главное динамического наблюдения за состоянием пациента.

Медицинские сестры амбулаторнополиклинической службы психиатрической больницы выполняют назначения врачей и формируют адекватное отношение к проводимой терапии, обучают маленьких пациентов и их окружение правильному приему препаратов. Как и все члены полипрофессиональной бригады, они принимают активное участие в проведении психообразовательных мероприятий, с этой целью формируются группы пациентов для проведения тренингов.

Сестринским персоналом проводятся тренинги образовательных и социальных навыков: «Личная гигиена», «Поведение в экстремальных ситуациях», «Поведение в социуме», «Здоровый образ жизни»; оздоровительные мероприятия: утренняя гимнастика, прогулки. Основная цель данной работы - дольше сохранить и оптимально использовать то, что имеется, а по возможности, восстановить утраченные функции.

Арт-терапевтические группы, занятия в которых проводятся медицинскими сестрами совместно со специалистами по социальной работе и воспитателями направлены на снятие эмоционального напряжения, самопознание,

организацию группового взаимодействия с помощью творческих методов, диагностику настроения пациентов, повышение самооценки и самостоятельности, преодоление социальной стигматизации, установление контакта с окружающими. Применяются следующие виды арттерапии: музыкотерапия, танцтерапия, изотерапия, сказкотерапия, театротерапия, куклотерапия.

Медицинскими сестрами совместно со специалистом по социальной работе разработаны и применяются модули:

- психосоциальные, цель которых формирование навыков самообслуживания, обучение правилам поведения на улице, в транспорте, в экстренных ситуациях, формирование навыков определения времени;
- коммуникативные, имеющие цель обучения навыкам позитивного настроя, развития навыков эффективного общения, осознания своей индивидуальности, умения вести себя в обществе, при которых занятия (тренинги) проводятся в виде обучающих и ролевых игр;
- игровые, целью которых является выработка командного духа, активизация познавательной деятельности, повышения настроения, создание атмосферы единства, развитие моторики и двигательных способностей, ловкости и внимания - интеллектуальные игры, спортивные эстафеты.

Психосоциальная реабилитация в структурных подразделениях амбулаторнополиклинической службы является одной из приоритетных задач и имеет определенные особенности. Занятия с пациентами проводятся непосредственно не только в домашних условиях, но и в детских учреждениях: детских садах, школах, а так же детских домах, коррекционных школах – интернатах, т.е., в привычной для ребенка микросоциальной среде.

Дети принимают активное участие в спортивных состязаниях, командный дух которых приводит к осознанию дружбы, как ценности человеческих отношений, стимулируя чувство

ответственности и активно побуждая интерес к здоровому образу жизни.

С пациентами дошкольного возраста медицинскими сестрами проводятся тренинги, имеющие разные цели: формирование у детей привычки соблюдать правила личной гигиены, навыков здорового образа жизни, соблюдение правил дорожного движения и личной безопасности, обучающие адекватным действиям в нестандартных ситуациях.

Творческие занятия, целью которых является организация группового взаимодействия, улучшение настроения пациентов, формирование у пациентов целостной картины мира, через предоставление ребенку возможности активной творческой деятельности.

Главными показателями эффективности проводимой психосоциальной реабилитации среди детей - сирот являются усвоенные и применяемые на практике навыки правильного общения, поведения и самообслуживания. Проводимая психосоциальная работа среди воспитанников детских домов приводит к образованию положительного микроклимата, позволяет повысить уровень развития личности, возможности последующей социальной адаптации и творческой самореализации.

Таким образом, актуальной задачей работы медицинских сестер в первичном здравоохранении психиатрической службы в рамках повышения доступности и качества помощи детям является создание комплексного психосоциального, реабилитационного направления, сочетающего в себе не только психофармакотерапию, но и психопрофилактику психических расстройств детскоподросткового возраста.



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.