

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Приложение

Беларусь

Журнал зарегистрирован
Министерством информации
Республики Беларусь.
Свидетельство № 610 от 19.10.2010 г.

Учредители:

УП «Профессиональные издания»,
ОО «Белорусская психиатрическая ассоциация»,
ОО «Белорусская ассоциация психотерапевтов».

Директор Евтушенко Л.А.
Заместитель главного редактора Глушук В.А.
Руководитель сектора рекламы Коваль М.А.
Технический редактор Каулькин С.В.
Корректор Ерошенко О.П.

Адрес редакции:

220023, Минск, ул. Чернышевского, 10а, оф. 805
Тел.: (017) 280 01 12, (017) 280 88 09
e-mail: psihea@recipe.by

По вопросам приобретения журнала обращаться
в редакцию в г. Минске
и представительство в г. Киеве.

Цена свободная.

© «Психиатрия, психотерапия
и клиническая психология»

При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

Тираж 100 экз.

Подписано в печать 22.11.2012 г.

Цифровая печать

Украина

Журнал зарегистрирован
Государственной регистрационной
службой Украины 5 октября 2011 г.
Свидетельство КВ № 18182-6982Р

Учредитель:

УП «Профессиональные издания»

Представительство в Украине:

ООО «Издательский дом
«Профессиональные издания»

Директор Ильина В.А.

Контакты: Тел.: +38 (067) 363 65 05
e-mail: profidom@ukr.net

Подписка в Беларуси:

индивидуальный индекс – 01078
ведомственный индекс – 010782

Подписка в Российской Федерации:

индекс 01078 в каталогах ООО «Интерпочта-2003»,
ООО «Информнаука», ЗАО «МК-Периодика»,
ОАО «АРЗИ»

Подписка в Украине:

индекс 01078 в каталоге ГП «Пресса»,

Подписка в Молдове:

индекс 01078 в каталоге ГП «Пошта Молдовей»,

Подписка в Германии:

индекс 01078 в каталоге Kubon&Sagner.

Подписка в Литве:

индекс 01078 в каталоге АО «Летувос паштас».

Подписка в Латвии:

индекс 01078 в каталоге
ООО «Подписное агентство PKS».

Подписка в Болгарии:

индекс 01078 в каталоге агентства Фирма «INDEX».

Подписка в Казахстане:

индекс 01078 в каталоге АО «Казпочта».

Электронная версия журнала доступна
на сайте издательства www.recipe.by

Содержание

Т.Н. Алыко, Н.К. Григорьева, Т.А. Никифорова Некоторые аспекты воспитания детей: взгляд нескольких поколений 4	Объедков И.В., Объедков В.Г. Мишени тренинга социального интеллекта у пациентов с шизофренией31
Григорьева Н.К., Алыко Т.Н. Взгляд на катамнез детей, страдающих специфическими расстройствами речи 6	В.Г. Объедков Перспектива лекарственной терапии шизофрении, основанная на фармакогенетических технологиях33
Т.А. Емельянцева Гендерные вопросы гиперкинетических расстройств 8	Пятницкая И.В., Т.В. Короткевич Оказание психиатрической помощи детям с аутизмом в Республике Беларусь: проблемы и перспективы36
Карпюк В.А. Дефицит эмоционального процессинга как значимый фактор нарушения социального функционирования при шизофрении 12	М.М. Скугаревская Нейробиологические предпосылки развития психозов в подростковом возрасте38
Копытов А.В. Стрессоустойчивость и формирование алкогольной зависимости у лиц мужского пола подросткового и молодого возраста: взаимодействия в рамках биопсихосоциальной модели 14	Е.И.Скугаревская, О.А.Скугаревский Нарушения пищевого поведения у мальчиков: одно из отражений процессов стигматизации в детской психиатрии?40
Королева Е.Г. Этио-психопатологические аспекты психосоматических расстройств с психодинамических позиций 16	Е.А. Хмельницкая Эффективность психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией и близкими расстройствами43
Т.В. Короткевич, И.В. Пятницкая Проблема обеспечения прав пациентов при оказании психиатрической помощи 19	Хоменко Н.В. Распознавание эмоций при шизофрении45
А.Ф. Крот, О.А. Скугаревский Эмоциональное выгорание и астения в условиях профессионально обусловленного десинхрониза врачебной деятельности22	Шилова О.В. Особенности семейных систем больных шизофренией48
Мартынова Е.В., Кирпиченко И.В. Особенности организации социальной службы в Витебском областном клиническом центре психиатрии и наркологии25	Шубина С. Н., Скугаревский О. А. Клинико-психологическая дифференцированная оценка девиантного пищевого поведения (от донозологических проявлений до клинически значимых феноменов)51
И.И. Наливко Современные подходы к терапии и реабилитации детского аутизма29	Шубина С.Н., Скугаревский О.А., Копытов А.В. Когнитивное функционирование при нервной анорексии и шизофрении: сравнительная оценка53

Издание сборника, который Вы держите в руках, приурочено к регулярно проводимым кафедрой Психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета конференциям. Будучи запланированной осенью 2011 года, конференция состоялась 30 ноября 2012 года на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

Сборник содержит прежде всего материалы, отражающие сущность проводимых в настоящее время на кафедре научных исследований, а также ряд публикаций коллег – представителей академической психиатрии нашей страны, работающих в ВУЗах Витебска, Гродно и Гомеля.

Тематический «срез» конференции, как и содержание публикаций сборника, посвящен психосоциальным аспектам актуальных для современной психиатрии расстройств шизофренического спектра, поведенческим нарушениям в целом и расстройствам аддиктивного спектра, в частности, вопросам психосоматической медицины, злободневным проблемам социальной, детской психиатрии и психотерапии, а также организационным аспектам оказания психиатрической помощи. Обращают внимание зачастую нестандартные акценты и точки зрения, под которыми авторы материалов предлагают взглянуть на феноменологию изучаемых ими расстройств. Речь идет, например, о фармакогенетике и нейрокогнитивном функционировании, взаимодействии генетических и средовых влияний в формировании рано возникающего алкоголизма, когнитивном «сопровождении» пищевого поведения, профессиональном десинхронозе у врачей, возрастном и гендерном аспектах психиатрии. Отдельного внимания заслуживают работы, посвященные в основном инициативно развивающемуся в стране на настоящем этапе направлению психосоциальной реабилитации в психиатрии.

Отрадно констатировать, что значимая часть материалов конференции отражает содержание успешно выполняемых на кафедре Психиатрии и медицинской психологии БГМУ научных исследований в рамках защищенных и планируемых к защите диссертаций, поскольку их практико-ориентированная направленность не вызывает сомнений.

С пожеланиями успеха конференции,
заведующий кафедрой психиатрии и
медицинской психологии БГМУ,
доктор медицинских наук, профессор
О.А. Скугаревский




Т.Н. Алыко, Н.К. Григорьева, Т.А. Никифорова
Белорусский государственный медицинский университет
Белорусский государственный медицинский колледж

Некоторые аспекты воспитания детей: взгляд нескольких поколений

Вопросы воспитания детей волновали человечество во все периоды его истории. Вырастить достойных членов общества всегда считалось делом чести как отдельной семьи, так и сообщества. В наши дни, как и в любые другие времена, приходится часто слышать сетования старших на то, что молодежь вульгарно одевается, распушено и агрессивно ведет себя. Но воспитание человека не происходит само по себе – в этом процессе участвуют, по меньшей мере еще два поколения: поколение родителей и поколение бабушек-дедушек. Общение с людьми этих возрастных групп в семье и вне ее, наряду с другими влияниями, формирует отношение молодых людей к жизни и устойчивые модели поведения.

Гипотеза. Современные взгляды на воспитание детей в нашей стране изменились в сторону демократизации. Современное общество готово принять европейские взгляды на воспитание. *Цель исследования.* Изучить взгляды на некоторые вопросы воспитания детей представителей нескольких поколений наших соотечественников, принадлежащих к разным социальным слоям, методом анкетирования. *Задачи исследования:* провести анкетирование по некоторым аспектам воспитания детей; провести группировку материала по полу и возрасту респондентов; проанализировать результаты анкетирования и сделать выводы.

Материал и методы. Нами были проанкетированы 326 респондентов: 238 женщин и 88 мужчин. Распределение респондентов по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Возрастной состав обследованных респондентов

до 25 лет		25-40 лет		41 и старше		Всего	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
46	134	14	24	28	80	88	238
						326	

Среди них были представители учащейся и студенческой молодежи (студенты Белорусского государственного медицинского университета, Белорусского государственного университета, учащиеся Белорусского государственного медицинского колледжа); преподаватели; рабочие; служащие и пенсионеры. Анкета включала 25 вопросов, касающихся некоторых аспектов семейных отношений и воспитания детей. Ключевыми были вопросы об отношении к наказанию ребенка, предоставлении ему большей или меньшей самостоятельности в различных сферах жизни, а также о половом воспитании в семье.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного анализа анкет установлено, что только 134 опрошенных (41,1%) никогда не имели проблем взаимопонимания с родителями, остальные 58,9% такие проблемы отмечают. Наиболее часто наличие «конфликта поколений» отмечали женщины возрастных групп 25–40 лет и 41 и старше (67% и 75% соответственно). Наименее часто «конфликт поколений» присутствовал у мужчин тех же возрастных групп (43% в обоих случаях). Причинами конфликтов с родителями чаще всего были поведение ребенка, выбор друзей и одежды.

130 (39,9%) всех опрошенных считают, что ребенок должен беспрекословно слушаться родителей до определенного возраста (в среднем, 15–18 лет). Именно так считают 67% юношей и 33% девушек до 25 лет, 14% мужчин и 33% женщин 25–40 лет, 50% мужчин и 38% женщин 41 года и старше. Большинство мужчин (86%) и женщин (67%) в возрасте 25–40 лет и девушек до 25 лет (67%) считают, что ребенок – самостоятельная личность и имеет право на собственное мнение по всем вопросам, начиная с 5–6 лет.

На вопрос, можно ли ударить ребенка, почти половина респондентов ответили положительно, особенно если это в воспитательных целях, 8 (2,5%) считают, что родители имеют право на все, что касается их ребенка (вплоть до убийства). Только 90 (27,5%) респондентов думают, что насилие в семье недопустимо ни в каком виде; 76 (23%) опрошенных вообще затруднились ответить на данный вопрос.

Наиболее склонными к применению насилия в отношении детей оказались юноши до 25 лет (74% опрошенных) и девушки того же возраста (55% опрошенных), наименее склонными – мужчины более старших возрастных групп (по 29% в группах 25–40 и 41 и старше лет). Что касается женщин, то во всех возрастных группах, кроме первой, их готовность ударить ребенка оказалась значительно выше, чем у мужчин.

Тревогу вызывает тот факт, что мысль о недопустимости насилия в семье не высказал ни один респондент из группы до 25 лет. В то же время в более старших возрастных группах именно мужчины в большинстве своем считают насилие в семье недопустимым (по 71% в обеих возрастных группах).

130 (39,9%) участников опроса признались, что родители их били. Анализ ответов на этот вопрос в разных возрастных группах выявил, что больше всего испытывавших телесные наказания от родителей было в возрастной группе до 25 лет (60% юношей и 54% девушек). В следующей возрастной группе эти цифры существенно ниже – 29% среди мужчин и 33% среди женщин. И, наконец, в старшей возрастной группе только 9% мужчин и 20% женщин признались, что по отношению к ним родители применяли физические воздействия.

На вопрос, должны ли государственные органы вмешиваться в вопросы воспитания, 38 респондентов (11,6%) ответили, что должны во всех случаях насилия, даже если речь идет просто о шлепке. 270 опрошенных (82,8%) считают, что государство должно вмешиваться в вопросы воспитания только в случаях

чрезмерного насилия. 16 (5%) заявили, что государственным органам не место в системе воспитания: «Мой ребенок, имею право воспитывать, как считаю нужным». 14 из них (87,5%) относились к возрастной группе до 25 лет. 60% участников опроса (196 человек) считают, что церковь не должна участвовать в воспитании детей, 33% (108 человек) допускают такую возможность, остальные 22 (7%) не имеют определенного мнения по этому вопросу.

Результаты анкетирования по данному блоку вопросов позволяют сделать выводы:

1. Выдвинутая гипотеза не подтвердилась. Наибольший процент респондентов, испытывавших телесные наказания от родителей, отмечается в возрастной группе до 25 лет. Представители этой группы наиболее категоричны в вопросах воспитания, склонны требовать от будущих детей беспрекословного подчинения и высказывают готовность применения к ним физической силы, отрицая мысль о недопустимости насилия в семье.
2. Совершенно очевидна необходимость разработок, апробации и внедрения новых методик работы с семьей, направленных на гармонизацию и гуманизацию внутрисемейных отношений, повышение социальной активности членов семьи, приобретение ими основных социальных, педагогических, психологических, юридических и медицинских знаний, расширение кругозора семьи, а при необходимости и лечение членов семьи.

Григорьева Н.К., Алыко Т.Н., Кафедра психиатрии и медицинской психологии БГМУ

Взгляд на катамнез детей, страдающих специфическими расстройствами речи

В течение 10 лет проводилось исследование в рамках программы доклинической диагностики раннего проявления нарушений психологического развития в сфере речевой патологии детей и подростков.

Статистический анализ показал увеличение нарушений психологического развития с заинтересованностью речевых функций в три раза по сравнению с 90-ми гг. XX ст. Прослеживая катамнез больных детей с речевой патологией, нами подтверждаются литературные данные о трансформации специфических расстройств речи у детей дошкольного возраста в специфические расстройства развития школьных навыков: специфическое расстройство чтения – дислексия (F81.0) и специфическое расстройство спелленгования – дисграфия (F 81.1).

Под нашим наблюдением находилось 76 детей с речевой патологией. На момент первичного обследования возраст детей – 3–4 года. Диагнозы распределялись следующим образом: смешанное специфическое расстройство развития (F83), недоразвитие речи (I–II уровень речевого развития) – 19 чел. (25%); нарушение экспрессивной речи (F 80.1) – 25 чел. (32,89%); последствия орга-

нического поражения ЦНС, ДЦП (F 06.8) псевдобульбарная дизартрия – 15 чел. (19,7%); последствия ЧМТ (F 07.2), афазия – 17 чел. (22,3%).

Причинами, вызывающими патологию формирования речи по типу недоразвития (I–II уровень р.р.) и нарушений экспрессивной речи являлись воспалительные, травматические поражения мозга, кровоизлияния в мозг вследствие тяжелых и быстрых родов. 15 детей страдали ДЦП, сочетающимся с псевдобульбарной дизартрией (повышенным мышечным тонусом, ограниченностью движения губ, языка, слюнотечением, смазанной, неясной, глухой речью с носовым оттенком). Причинами дизартрии и ДЦП являлось кровоизлияние в мозг вследствие тяжелых родов. Причиной травматической афазии послужило ЧМТ. В наших наблюдениях мы встречались с афферентной моторной афазией и моторной эфферентной афазией.

В течение 10 лет дети посещали дошкольные и школьные учреждения для детей с тяжелыми нарушениями речи. Систематически проводились дефектологические и логопедические занятия. Также проводилось медикаментозное лечение следующими препаратами: ноотропами (Пирацетам, Луцетам, Пантогам, Ноофен) (препараты активируют обмен веществ в нервных клетках, улучшают функцию клеточных мембран); Церебро (улучшает синаптическую передачу); Эмоксипин (обладает ангиопротекторными свойствами, стабилизирует мембраны клеток мозга); Инстенон (Кортексин) (оказывают положительное влияние на познавательные и поведенческие реакции); Нейромидин (ипидакрин) (стимулирует проведение импульса в ЦНС и нервно-мышечном синапсе и улучшает нервно-мышечную передачу, нарушенную вследствие воздействия разных факторов, эффективен при оральной апраксии, бульбарных параличах, улучшает память, когнитивные функции, сократимость и тонус мышц).

Вышеуказанные группы детей были поставлены на диспансерный учет в психоневрологические учреждения в возрасте 3–4х лет. Нас интересовал выход детей из вышеописанных состояний и уточнение диагноза в возрасте 12 лет.

Диагнозы распределялись следующим образом: 1) из 19 детей первой группы: 7 (36,8%) выставлен диагноз умеренная умственная отсталость; 8 (42,1%) – легкая умственная отсталость; 4 (21%) – специфические нарушения формирования навыков чтения и письма; 2) из 25 детей второй группы: 7 (28%) выставлен диагноз умеренная умственная отсталость; 2 (8%) – легкая умственная отсталость; 16 (64%) – специфические нарушения формирования навыков чтения и письма; 3) из 15 детей третьей группы: 2 (12,3%) выставлен диагноз легкая умственная отсталость, легкий парез, стертая форма псевдобульбарной дизартрии; 6 (40%) – умеренная умственная отсталость, легкий гемипарез, стертая форма псевдобульбарной дизартрии; 7 (46,6%) – пограничная умственная отсталость, остаточные явления ДЦП, стертая форма псевдобульбарной дизартрии; 4) из 17 детей четвертой группы: 6 (35,29%) выставлен диагноз легкие когнитивные расстройства, специфические нарушения формирования навыков чтения и письма; 3 (17,6%) – деменция вследствие ЧМТ (F 02); 8 (47%) – специфические нарушения формирования навыков чтения и письма.

Таким образом, у 30 детей (39,4%) всех четырех групп подтвердился речевой диагноз – специфическое расстройство чтения (дислексия) и специфическое расстройство spellenгования (дисграфия). Наше исследование нуждается в дальнейшем динамическом наблюдении на большей выборке больных с речевой патологией всех перечисленных групп.

Т.А. Емельянцева
кафедра психиатрии и медицинской психологии УО БГМУ

Гендерные вопросы гиперкинетических расстройств

Началом для рассмотрения СДВГ с позиций гендерных различий послужило развитие в 80-х и 90-х годах диагностических концепций и усовершенствование диагностических инструментов F90.

Ключами для выделения гендерных различий СДВГ стали рассматривать: (а) симптомы гиперактивности (изначально большую у мальчиков); (б) дефицит внимания (относительно более актуальный для девочек и имеющий тенденцию менее резко снижаться со временем) [2, 14].

В дополнение к этому у взрослых представительниц женского пола с СДВГ были обнаружены выраженные проблемы самооценки [1, 12].

Несмотря на активное внимание к изучению гендерных различий моделей СДВГ и связанных с ним расстройств, мета-аналитические обзоры обнаруживают большую неоднородность клинических групп, где контрастно преобладают мальчики [10, 11]. Благодаря несопоставимой идентичности групп исследований психиатры имеют преимущественно «мужскую» концепцию развития расстройства. Кроме того, почти все исследования носят «поперечный», описательный характер. Лишь небольшое количество гендерных исследований имеет «продольный» характер, «процессуально» ориентированный.

Вопросы половых различий клинических проявлений СДВГ

У девочек с СДВГ в большей степени выражены симптомы невнимательности, нежели симптомы импульсивности, агрессивности и расстройства приобретения школьных навыков [11]. Однако ряд авторов указывают, что большинство половых различий, которые существуют, небольшие по величине, даже если являются статистически значимыми [10].

Большинством авторов указывается, что у девочек с СДВГ наблюдаются более легкие нарушения, чем у мальчиков. В ряде исследований установлено, что тяжесть расстройств при СДВГ сопоставима у мальчиков и девочек [5, 13].

Вопросы диагностических критериев СДВГ

В научной литературе продолжает дискутироваться вопрос: являются ли критерии СДВГ нейтральными по полу или женский вариант СДВГ имеет свои диагностические критерии [13]? В современных исследованиях в популяцион-

ных выборках обнаружена меньшая выраженность симптомов СДВГ [10, 11] и снижение диагностических порогов [4], своеобразный «эффект обрезания» клинической симптоматики у девочек [2]. Возможно, более «легкое» течение СДВГ у девочек вызвано субъективным отношением учителей и родителей к СДВГ у девочек, включая более терпимое отношение учителей ввиду меньшей степени выраженности гиперактивности/импульсивности и проблемного поведения.

Ряд авторов отмечают, что девочки не проявляют той же степени физической агрессии и насилия, как мальчики. Проявления косвенной агрессии и соматические симптомы, скорее всего, характеризуют протестное поведение у девочек [19]. Другие авторы выступают с критикой этого утверждения, заявляя, что это не имеет никакого смысла: оппозиционное расстройство поведения, хоть и рассматривается как неагрессивное, но в целом является проявлением антисоциального поведения.

В DSM-IV указывается, что симптомы СДВГ должны проявляться в возрасте до 7 лет. Однако у значительной части детей (в первую очередь с преимущественным дефицитом внимания, который преобладает у девочек) расстройством достигает клинически значимого уровня только в школьном возрасте [4]. Таким образом, этот пункт DSM-IV у девочек может быть подвергнут сомнению.

Вопросы эпидемиологии

Во всех эпидемиологических исследованиях F90 мальчиков больше, чем девочек в соотношении около 3:1 в возрастном диапазоне 3–12 лет [16, 3]. Важно отметить, что к подростковому возрасту соотношение полов в отношении диагноза СДВГ в популяционных выборках снижается примерно 2:1. К началу взрослой жизни этот показатель приближается к единице [7, 9].

Соотношение полов меняется в зависимости от подтипа СДВГ. Невнимательный тип встречается у девочек более чем в половине случаев: 51,5% (по родительскому опроснику), 60,5% (по опроснику для учителей). У мальчиков – 39,7% и 49,5% соответственно [18].

Возможно, девочки с преимущественно дефицитом внимания и отсутствием проблемного поведения (прежде всего агрессивного) просто не попадают в поле зрения специалистов в доподростковом возрасте? Это больше вопрос диагностических критериев или сопутствующих расстройств?

Вопросы коморбидных диагнозов

В целом большинство исследователей отмечает, что лица женского пола с СДВГ значительно реже (более чем в 2 раза) имеют оппозиционно-вызывающее и несоциализированное расстройства поведения.

Однако в сравнительно недавно опубликованном исследовании на основании заполнения опросников родителями у девочек с СДВГ в предпубертатном возрасте проявления оппозиционного расстройства поведения отмечено более чем в 60% случаев, а несоциализированного расстройства – в 20% случаев [13]. Возможно, такие высокие цифры связаны с тем, что родители девочек с СДВГ весьма чувствительны к любым проявлениям вызывающего и агрессивного поведения у дочерей.

Ряд авторов подчеркивают гендерные различия в формах проявления агрессии [8]. Так, ряд исследователей отмечают паттерны интернализации проявлений агрессии у девочек, включая депрессивную симптоматику, социальную отгороженность и психосоматические проявления. В недавнем мета-аналитическом обзоре [11] показан более высокий уровень проявлений «интернализации агрессии» у девочек с СДВГ, нежели в более раннем мета-анализе [10].

Некоторые авторы обнаружили, что проявления депрессивной симптоматики у девочек с СДВГ ниже, нежели в сопоставимой клинической группе мальчиков (15% против 29%) [5].

Важно отметить, что гендерная оценка сопутствующих расстройств во многом зависит от источника информации. Так, в одном исследовании было показано, что у девочек с комбинированным подтипом СДВГ частота депрессий и тревожных расстройств сопоставима в сравнении с девочками с невнимательным подтипом (на основании опросников, заполняемых родителями и шкал самооценки). В то же время, по наблюдениям социальных работников, были обнаружены более высокие показатели депрессивной симптоматики и тревоги у девочек с невнимательным подтипом СДВГ, нежели при смешанном подтипе [13].

С точки зрения расстройств формирования школьных навыков нет убедительных данных, что девочки с СДВГ имеют более высокий уровень трудностей в обучении, несмотря на доказательства того, что для девочек с СДВГ характерен более низкий уровень интеллекта, чем у мальчиков [10, 11]. Ряд авторов [5] показали, что девочки с СДВГ реже имеют проблемы дислексии и дискалькулии (12%), чем мальчики с СДВГ (30%). Установлено, что дислексия чаще встречается у девочек и мальчиков с преимущественным дефицитом внимания, равно как с гиперактивными-импульсивными симптомами только у мальчиков (МОЖЕТ, СДЕЛАЕМ ТАК: равно как гиперактивные-импульсивные симптомы – только у мальчиков) [18].

В одном достаточно масштабном исследовании (n = 2904) авторами выделены три статистически достоверные клинических группы девочек-подростков с СДВГ: 1-я – только с дефицитом внимания; 2-я – с дефицитом внимания и коморбидным оппозиционным расстройством поведения; 3-я – с дефицитом внимания, гиперактивностью/импульсивностью и коморбидными тревожным расстройством, депрессивными симптомами, а также оппозиционным расстройством поведения [15].

Сенсационные данные в отношении гендерных различий высокой коморбидности СДВГ у представительниц женского пола с синдромом зависимости от ПАВ были представлены почти одновременно в двух исследованиях [5].

Выводы:

1. Проведенный литературный анализ показал актуальность развития концептуальной модели СДВГ с позиций гендерного подхода.
2. Необходимы масштабные проспективные исследования СДВГ, позволяющие формировать сопоставимые клинические группы в гендерном формате.

3. В исследованиях СДВГ необходимо использовать валидизированные опросники, которые в полной мере содержат описание сопутствующих расстройств, с возможностями получения информации от двух источников (родителей и педагогов).
4. Изучение гендерных различий СДВГ может пополнить знания в гендерных моделях социализации в общем, а также в вопросах возникновения аффективных расстройств и таких медицинских проблем, как ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, в частности.

Литература

1. Arcia, E., & Conners, C. K. (1998). Gender differences in ADHD? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 1998. – p. 77–83.
2. Arnold, L. E. (). Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 1996. – p. 555–569.
3. Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C. et al. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 2002. – p. 17–224.
4. Barkley, R. A., & Biederman, J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit-hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1997. – p. 1204–1210.
5. Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatry clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2002. – p. 36–42.
6. Carlson, C. L., & Mann, M. Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 2002. – p. 123–129.
7. Cohen P., Cohen J., Kasen, S. et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age- and genderspecific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1993. – p. 851–867.
8. Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66, 1995. – p. 710–722.
9. DuPaul, G. J., Schaughency, E. A., Weyandt, L. J. et al. Self-report of ADHD symptoms in university students: Cross-gender and cross-national prevalence. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 2001. – p. 370–379.
10. Gaub, M., & Carlson, C. L. Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1997. – p. 1036–1045.
11. Gershon, J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 2002. – p. 143–154.
12. Henker, B., & Whalen, C. K. The child with attention-deficit/hyperactivity disorder in school and peer settings. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York : Kluwer Academic Plenum, 1999. – p. 157–178.
13. Hinshaw, S. P. Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 2002b. – p. 1086–1098.
14. Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, et al. DSM-IV field trials for attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1994. – p. 1673–1685.

15. Neuman, R. J., Heath, A., Reich, W., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Sun, L. et al. Latent class analysis of ADHD and comorbid symptoms in a population sample of adolescent female twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 2001. – p. 933–942.
 16. Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P. et al. Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1987. – p. 832–836.
 17. Rucklidge, J. J. & Tannock Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 2001. – p. 530–540.
 18. Willcutt, E. G., & Pennington, B. F.). Comorbidity of reading disability and attention deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtype. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 2000. – p. 179–191.
 19. Zoccolillo, M. Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 1993. – p. 65–78.
-

Карпюк В.А., УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Дефицит эмоционального процессинга как значимый фактор нарушения социального функционирования при шизофрении

Нейрокогнитивный дефицит и нарушения социальных когний являются ключевыми чертами шизофрении. Нейрокогнитивная дисфункция, являясь не-социальным информационно-процессинговым дефицитом, имеет ограниченное значение для социального функционирования (Barch D.M., 2005). Социальные когнии – независимый конструкт, не связанный с нейрокогнициями (Van Hooren S., et al., 2008) и психотическими симптомами (Sergi M.J., et al., 2007), и контролируется особыми отделами мозга, так называемым «социальным когнитивным нейронным кругом».

Многие исследования показали, что социальные когнии являются направляющим предиктором (Bell M.D., et al., 2009, Bora E., Eryavuz A., et al., 2006), медиатором (Addington J., et al., 2006, Vauth R., et al., 2004) или модератором социального и коммуникативного функционирования (Nienow T.M., et al., 2006). Нарушение социального функционирования является определяющей характеристикой шизофрении, сохраняющейся на всем протяжении болезни. Следует отметить, что нарушение социального функционирования (как способности выстраивать взаимоотношения между человеком и другими и гибко использовать их для управления социальным поведением) часто может существовать до начала болезни и является значимым предиктором прогноза шизофрении [Adolfs R., 2001].

При шизофрении определяются значительные нарушения в 4 основных сферах социальных когний: эмоциональном процессинге, социальной перцепции, атрибутивном стиле, теории ума – способности понимать ход мыслей

других, их намерения, намеки, иронию, метафоры, ложь (Green M.F., Penn D.L., Bental R., et al., 2008).

Наибольшие нарушения социальных когний у пациентов с шизофренией обнаруживаются в восприятии эмоций (Kohler C.G., Brennan A.R., 2004), устойчиво связанных с коммуникативным функционированием (Brekke J.S., et al., 2007), социальным поведением (Kim J., et al., 2005) и профессиональным общением (Kee KS, et al., 2003). Нарушения восприятия эмоций при шизофрении хорошо изучены. У пациентов с шизофренией установлен дефицит понимания и объяснения эмоций (Greig T.C., et al., 2004). Нарушение контроля эмоций взаимосвязано с дефицитом регуляции эмоций (Horand W.P., Blanchard J.J., 2003). Дефицит обработки эмоциональной информации играет важнейшую роль в уязвимости к стрессу. Пациенты с шизофренией справляются с негативными эмоциями и стрессом, используя неэффективные стратегии. Такие как пассивное избегание из-за снижения уверенности в правильном выборе активного решения проблемы с крайне ограниченным поиском социальной поддержки (Lysaker P.H., Campbell K., Johannesen J.K., 2005). При шизофрении определяется высокий уровень эмоциональной реактивности при стрессе с переживанием интенсивных авersiveвных эмоциональных состояний и тенденцией к снижению позитивных эмоций (Cohen AS, Docherty N.M., 2004). Пациенты с шизофренией лучше распознают и описывают негативные эмоции, как собственные, так и других людей, испытывая трудности при определении положительных.

Особый интерес представляет изучение нарушений эмоционального интеллекта при шизофрении. На сегодняшний день имеется лишь небольшое число исследований, посвященных этой проблеме. Под эмоциональным интеллектом понимается комплекс дискретных эмоциональных способностей: процессы восприятия, оценка и выражение эмоций, сравнение эмоций друг с другом и с другими имеющимися понятиями и представлениями, понимание и анализ эмоций, использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности, сознательное управление эмоциями в себе и других. Низкий уровень эмоционального интеллекта связан с социальной дезадаптацией.

Таким образом, дефицит обработки эмоциональной информации как ведущего нарушения социальных когний у пациентов с шизофренией является фактором ограничивающим эффективность социального и коммуникативного функционирования, предиктором развития первого приступа шизофрении и последующих обострений болезни, предопределяет функциональный исход, способствует хронификации и ограничивает ответ на психосоциальные интервенции (Vauth R., 2004). Нарушение эмоционального процессинга снижает эффект антипсихотических препаратов (Addington J., Addington D., 1998).

Развитие социоэмоциональных умений, направленных на уменьшение эмоционального дефицита, является самостоятельной стратегией в формировании социальных компетенций, навыка эффективного решения проблем повседневной жизни, адаптации к болезни, общей превенции рецидивов у пациентов с шизофренией.

Копытов А.В., к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии БГМУ

Стрессоустойчивость и формирование алкогольной зависимости у лиц мужского пола подросткового и молодого возраста: взаимодействия в рамках биопсихосоциальной модели

Введение. Отношения между стрессом и потреблением алкоголя являются тонкими. Согласно социальной теории научения, люди употребляют алкоголь, чтобы справиться с отрицательными эмоциями, когда не владеют адаптивными копинг-ответами [6]. Дети из алкогольных семей, по сравнению с детьми без семейного алкогольного анамнеза, испытывают большую потребность (частота, объем потребления) в алкоголе для уменьшения стрессовых реакций [9], что обусловлено тесной связью со стрессом в прошлом. Такие факторы как пол, возраст, отягощенная наследственность (ОТН) в отношении алкогольной зависимости (АЗ) могут значительно изменять эффекты этих отношений [7].

Замедление ответа на стресс в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе найдено у лиц, страдающих алкоголизмом, и может выступать в качестве предиктора АЗ и асоциального поведения [9]. Исследования на макаках-резус показали, что полиморфизмы гена белка переносчика серотонина влияют на чувствительность к алкоголю, предпочтение и употребление, но только у животных, подвергшихся стрессам в детстве [8]. Таким образом, важно понимать отношения между средовыми и генетическим факторами в предрасположении человека к АЗ.

Дизайн исследования: метод случай-контроль. *Цель исследования:* определить влияние генно-средовых факторов на стрессоустойчивость (СУ) у лиц подросткового и молодого возраста с алкогольной зависимостью для обоснования эффективных мероприятий по профилактике.

Объект и методы исследования. Исследовали три группы: основная группа (ОГ) – 245 лиц подросткового и молодого возраста, страдающих АЗ. Контрольная группа (КГ) 122 субъекта без АЗ. Группы не отличались между собой по возрасту, уровню образования, возрасту начала употребления алкоголя. В ОГ больше субъектов с отягощенной наследственностью по АЗ ($\chi^2=10,1$; $p<0,05$).

Диагностика АЗ осуществлялась на основании критериев МКБ-10, скрининг-тесту AUDIT [3], «Б-ИТА» версия 2.3-3.01.2001) [4]. Молекулярно-генетическое исследование проводилось методами ПЦР и ПДРФ анализа [1]. Исследовали полиморфизмы генов *DRD2*(Tag I A), *GABRA2A* (rs 279826), *SLC6A4* (5-HTTLPR), *COMT* (rs4680), *MAOA* (LPR), *SLC6A3* (VNTR), *CYP2E1*(rs 4646903). Исследование СУ проводилось опросником «Перцептивная оценка типа СУ» [5]. Статистическая обработка выполнялась с использованием программы SPSS 17.0 [3].

Результаты исследования. В ОГ больше субъектов с низкой СУ 63,0%, в КГ с удовлетворительной 51,4% ($\chi^2=11,75$; $p<0,05$). В ОГ установлена связь ($r=0,19$; $p<0,05$) и влияние СУ ($B=0,13$; $F=13,04$; $df=1$; $p<0,05$) на выраженность АЗ. Аналогичная ситуация в ОГ наблюдалась в отношении прогрессивности АЗ и СУ ($r=0,25$; $p<0,05$; $B=1,09$; $F=22,73$; $df=1$; $p<0,05$).

В ОГ и КГ ОТН по АЗ не влияет на уровни СУ ($p>0,05$) и частоту распределения субъектов в зависимости уровней СУ ($\chi^2=3,13$; $p=0,07$). Наличие ОТН по АЗ не является относительным фактором риска для формирования СУ ($OR=0,66$; 95%CI [0,42-1,04]; $Se=66,7$; $Sp=24,8$; $AUC=0,46$; $p>0,05$). Ни один из включенных в статистический анализ (таблицы кросстабуляции) полиморфных локусов генов не был связан с уровнями СУ у лиц ОГ.

На основании этих данных можно констатировать отсутствие связи между СУ и генетическими факторами у данного контингента. Однако на уровень СУ оказывают влияние социальные факторы. В исследовании использовали фактор «частые физические наказания в детстве». Уровни СУ в подгруппах субъектов ОГ с наличием или отсутствием физических наказаний в детстве не отличались ($21,81\pm0,8$ и $22,87\pm1,1$ баллов; $p>0,05$).

Однако следует помнить о взаимодействии средовых и генетических факторов, которые могут изменять силу и степень индивидуального воздействия друг друга. С помощью метода многофакторного дисперсионного анализ у лиц ОГ установлено, что достоверно более низкая устойчивость к стрессам наблюдается у субъектов ОГ с генотипом SS гена переносчика серотонина *SLC6A4* (5HTTLPR) при наличии частых физических наказаний в детстве ($R^2=0,48$; Сумма квадратов тип III =232,2; $df=2$; $F=3,11$; $p<0,05$).

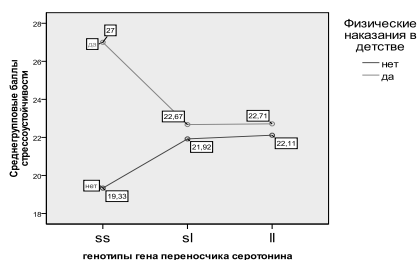


Рисунок 1. Средние значения стрессоустойчивости (в баллах)

Выводы

- У лиц мужского пола подросткового и молодого возраста, страдающих АЗ,
- по сравнению с КГ имеет место более низкая устойчивости к стрессам, которая влияет на скорость формирования АЗ и тяжестью АЗ;
- носительство генотипа SS гена *SLC6A4* (5HTTLPR) при наличии частых физических наказаний в детстве являются фактором риска низкой СУ;

- полученные данные предполагают проведение комплексных мероприятий, направленных на коррекцию СУ у данного контингента, с учетом биологических и социальных факторов, что может способствовать предупреждению формирования, прогрессирования АЗ и обеспечению более устойчивых ремиссий.

Литература

1. Молекулярная клиническая диагностика. Методы : Пер. с англ. / Под ред. С. Херрингтона, Дж. Макги. М. : Мир, 1999. – 558с.
2. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
3. Наследов, А.Д. SPSS: компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / А.Д. Наследов. – СПб. : Питер, 2007. – 416 с.
4. Руководство по ведению B-ASI/B.B. Поздняк и др.// [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>.
5. Фетискин, Н.П. Перцептивная оценка типа стрессоустойчивости / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. – С. 248–249.
6. Abrams, D. B. Social learning theory / D. B. Abrams, R. S. Niaura // Psychological Theories of Drinking and Alcoholism / H. T. Blane, K. E. Leonard. – NY, 1987. – P. 131–178.
7. Dawson, D. A. Impact of Age at First Drink on Stress-Reactive Drinking / D. A. Dawson, B. F. Grant, T. K. Li // Clin. Exp. Research. – 2007. – Vol. 31, № 1. – P. 69–77.
8. Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function / A.J. Bennet [et al.] // Mol Psychiatry. – 2002. – Vol. 7. – P. 118–122.
9. Effect of ethanol on hypothalamic-pituitary-adrenal system response to psychosocial stress in sons of alcohol-dependent fathers / U. Zimmermann [et al.] // Neuropsychopharmacology. – 2004. – Vol. 29, № 6. – P. 1156–1165.

проф. Королева Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Этио-психопатологические аспекты психосоматических расстройств с психодинамических позиций

Можно с уверенностью констатировать перспективность психосоматического подхода для лучшего понимания этиологии, патогенеза, клиники и разработки наиболее адекватных лечебно-восстановительных программ при заболеваниях, в механизмах развития которых существенную роль играет психический фактор. Реализация этих программ сейчас уже не мыслится без рассмотрения психологических звеньев изучаемой патологии.

Сознательные психические процессы имеют подчиненную роль в формировании соматических симптомов; в то время как подавленные тенденции (тре-

вога, подавленные сексуальные или агрессивные импульсы, фрустрация, подчиненные желания, чувство вины и неполноценности) вызывают хроническую дисфункцию внутренних органов.

Понимание причинных факторов должно основываться на знании истории развития больного, у которого актуальные жизненные ситуации лишь ускоряют развитие или возникновение болезни. Сегодня мы уверены, что тщательный анализ истории жизни пациента может раскрыть источники разных функциональных расстройств, помочь их ликвидировать прежде, чем расстройство функции приведет к гистологическим органическим изменениям.

Существует множество теорий развития психосоматических заболеваний. Однако все гипотезы сходятся в одном: социальная дезадаптация – это основная причины возникновения психосоматической патологии.

Как известно, основная задача психосоматической медицины – вскрытие связи между неосознанными и переработанными конфликтами и соматическими проявлениями, чтобы разорвать цепь физических страданий там, где находится «корень зла». Это достигается не только и не столько при помощи терапии, поделенной на органы и устраняющей один какой-то симптом. Только готовность к вербализации в процессе психотерапии может продлить свет на темноту психической конфликтной ситуации. Для этого необходима коммуникативная беседа между врачом и пациентом. Такая беседа является первым и существенным этапом любой терапии.

В конечном счете, подчеркивает В. Stokvis (1959), совсем не важно, что переживает человек, гораздо важнее, как он перерабатывает пережитое. Поэтому не сами конфликты, а лишь тип и характер их переработки могут обнаруживать сходство и только в этом отношении и можно говорить об их специфике. Бессознательный, связанный с симптомом, психологический материал соответствует уходу к более ранней вегетативной зависимости от материнского организма: вместо подготовки к борьбе готовится к принятию пищи (изменяется желудочная секреция) – отсюда желудочно-кишечные расстройства.

Тревога и страх, агрессия, чувство вины и депрессия, фрустрируемые желания, будучи подавляемыми, приводят к хроническому эмоциональному напряжению, нарушающему функционирование внутренних органов.

Все мы склонны к соматизации в те моменты, когда внутренние или внешние обстоятельства оказываются настолько тяжелыми, что мы не в состоянии справиться с такого рода проблемами, применяя привычные для себя психологические способы защиты. В психосоматических состояниях тело реагирует на психологическую угрозу так, как если бы эта угроза носила чисто физиологический характер. «Безмолвие», которое окружает психосоматический стресс, сначала удивляет, пока корни феномена зачастую не обнаруживаются в раннем младенчестве.

Наши соматизированные пациенты ничего не знают о своих эмоциональных состояниях в ситуациях, представляющих угрозу, и мысли, связанные с конфликтным аффектом, не вытесняются, как в случае с невротизмом, а сразу же сти-

раются из сознания (механизм, который был назван З. Фрейдом *отверганием* в связи с психотическими состояниями).

Поскольку младенец пока еще не может использовать слова, чтобы думать, они реагируют на эмоциональную боль только психосоматически. Когда отношения между матерью и младенцем «достаточно хорошие», в психическом осознании ребенка из ранней соматопсихической матрицы начинает развиваться прогрессивная дифференциация его собственного тела и той первой репрезентации внешнего мира, которая представляет собой тело матери, «грудь-вселенную». Если внутренний стресс и тревога мешают матери наблюдать и правильно интерпретировать плач, улыбки и жесты своего ребенка, мать может, напротив, осуществлять насилие в отношении этого крошечного коммуникатора, навязывая ему собственные потребности и желания, что приводит ребенка к постоянным фрустрациям и гневу. Если события развиваются по такому сценарию, возникает риск того, что впоследствии ребенку самому придется, используя все имеющиеся в его распоряжении средства, прибегать к радикальным способам самозащиты от всепоглощающих аффективных взрывов и последующей опустошенности.

Некоторые матери воспринимают своих детей как маленькие инородные тела, отличные от них самих. Такие дети чувствуют себя депривированными и часто демонстрируют первые признаки психосоматических реакций. Другие матери сами не могут допустить даже мысль о том, чтобы отказаться от такого слияния, подготавливая базу для разного рода аллергических заболеваний или серьезных нарушений, связанных со сном и едой. В любом случае младенец устанавливает жизненно важное чувство отдельной идентичности только через значительные трудности.

Следует особо отметить, что желание освободиться от индивидуальных отличий, как телесных, так и психических, с тем, чтобы слиться с примитивной материнской вселенной, остается глубоко в сердце каждого человека. Психика всегда использует тело, чтобы донести какую-то информацию, сообщить что-то и, таким образом, не допустить реализацию запретных влечений и желаний.

J. Mc Dougall (1974) считает, что некоторые болезненные идеи и аффекты в данном случае скорее исключены из психики, а не подавлены или смещены. Инстинктивная энергия, «обходя» мозг из-за повреждения символической функции, прямо влияет на тело. Причины этого могут корениться в расстройстве ранних материнско-детских отношений, вследствие чего Я-репрезентации не полностью дифференцируются от объектных репрезентаций, а символы могут существовать только в очень конкретизированной форме.

Многие пациенты, страдающие от самых разных психосоматических заболеваний, редко усматривают какую-то связь между своими соматическими проявлениями и психологически нарушающими событиями в их жизни, как если бы восприятия физических и психологических сигналов, предупреждающих их об опасности, были абсолютно выброшены из сознания. Память о тревожащих воспоминаниях была или исключена или полностью уничтожена: эти восприятия не

были отрицаемы или вытеснены, как это происходит с невротическими психическими структурами, которые бессознательно регистрируются в подсознании.

В психосоматических нарушениях мы имеем дело с регрессией к более примитивным формам отношений между телом и душой, что можно наблюдать у маленьких детей с психосоматическими нарушениями.

Т.В. Короткевич, ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

И.В. Пятницкая, УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Проблема обеспечения прав пациентов при оказании психиатрической помощи

Проблема обеспечения прав пациентов с психическими расстройствами включает следующие аспекты: законодательное закрепление прав в соответствии с международными требованиями и стандартами, а также обеспечение их реализации путем создания механизма исполнения принятых законов.

В соответствии с законодательством Республики Беларусь лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми гражданскими, экономическими, социальными и культурными правами и свободами, предусмотренными Конституцией и законами Республики Беларусь. Ограничение прав и свобод лиц с психическими расстройствами только на основе психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, лечения в психиатрическом стационаре либо проживания в психоневрологическом учреждении социального обслуживания не допускается. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний, в том числе психических расстройств.

Ограничение прав и свобод граждан, связанное с наличием психического расстройства, допустимо лишь в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения безопасности государства.

Отличительной особенностью Закона от 7 января 2012 года «Об оказании психиатрической помощи» (далее – Закон) является установление презумпции отсутствия психического расстройства (Статья 6). Смысл этой презумпции заключается в том, что лицо считается не имеющим психического расстройства, пока такой диагноз не выставлен пациенту по основаниям и в порядке, установленном Законом.

В статье 14 Закона государством определен ряд гарантий лицам, страдающим психическими расстройствами: оказание бесплатной психиатрической помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения; оказание скорой (неотложной) и (или) плановой психиатрической помощи; оказание психиатрической помощи в амбулаторных

и (или) стационарных условиях; проведение экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, военно-врачебной экспертизы, независимой медицинской экспертизы, судебно-психиатрической экспертизы; обеспечение доступности образования в соответствии с состоянием их здоровья и познавательными возможностями на всех уровнях основного образования и при получении дополнительного образования; содействие в трудоустройстве; решение вопросов опеки и попечительства; социальное обслуживание.

Для обеспечения этих гарантий государство обязано принимать меры по созданию организаций здравоохранения для оказания психиатрической помощи; условий для получения образования; условий для трудоустройства; лечебно-производственных организаций для трудовой терапии, обучения новым специальностям или профессиям с последующим трудоустройством; стационарных учреждений социального обслуживания.

Права пациентов при оказании психиатрической помощи определены в статье 21 Закона. Пациенты имеют право на дачу предварительного согласия на участие в научных исследованиях, образовательном процессе, в ходе которых изучается их психическое расстройство, фото-, видео- и киносъемке и отказ от участия в них на любой стадии оказания психиатрической помощи; приглашение любого врача-специалиста (с его согласия) для участия в заседании врачебно-консультационной комиссии по вопросам оказания психиатрической помощи; обжалование действий (бездействия) должностных лиц организаций здравоохранения.

Следует отметить, что пациент при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов в порядке, установленном законодательством (Статья 7).

В статье 40 Закона установлены дополнительные права для пациентов психиатрического стационара: находиться в условиях, соответствующих санитарным нормам и правилам, гигиеническим нормативам; обращаться непосредственно к заведующему отделением или руководителю психиатрического стационара по вопросам оказания психиатрической помощи, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, установленных Законом и иными актами законодательства; направлять обращения в соответствии с законодательством; выписывать и получать журналы и газеты; иметь при себе религиозную литературу, предметы религиозного культа; хранить при себе документы и записи, касающиеся вопросов осуществления их прав.

Некоторые права пациентов могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или руководителем психиатрического стационара в случае, если их осуществление представляет непосредственную опасность для пациентов и (или) иных лиц: вести переписку; отправлять и получать телеграммы, письма, денежные переводы, посылки и бандероли, получать передачи; пользоваться телефоном; принимать посетителей; иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

Таким образом, Законом обеспечены три фундаментальных права пациента, страдающего психическим расстройством – на жизнь, свободу и достоинство.

Однако в реальной жизни права пациентов психиатрических стационаров часто нарушаются.

Правила внутреннего распорядка психиатрических стационаров отличаются большей строгостью по сравнению с соматическими больницами и распространяются на всех пациентов, в том числе поступивших на лечение добровольно. Пациенты и их родственники часто жалуются на грубое, неуважительное отношение со стороны младшего медицинского персонала (физическое насилие, оскорбления, угрозы и т. п.), что обусловлено отсутствием системы подготовки санитаров для психиатрических отделений, высокой текучестью кадров, приемом на работу случайных лиц. До настоящего времени не получила развитие специальная служба защиты прав пациентов, страдающих психическими расстройствами, которые часто лишены возможности обращаться к адвокату, вести свои дела в суде, а также иным образом отстаивать свои права. Имеют место случаи нарушения принципа добровольности при получении информированного добровольного согласия на госпитализацию. Зачастую оно дается пациентом формально, под давлением и запугиванием со стороны врача, в результате чего пациент вопреки собственному желанию ставит подпись о согласии на лечение.

Наиболее уязвимая в правовом отношении категория населения – лица, признанные недееспособными. Существующая система опеки, предназначенная для защиты их интересов, не соответствует международным стандартам, лишает пациентов всех прав, санкционирует недопустимое вмешательство в их личную жизнь.

Таким образом, в Законе в достаточной степени учтены и отражены интересы «потребителей» психиатрической помощи – пациентов и членов их семей. Задача государства – обеспечить выполнение норм Закона. Ведь предписание правовой нормы является выражением должного и не может автоматически реализоваться на практике без дополнительных усилий со стороны общества. Реализации норм Закона на практике могут мешать такие субъективные факторы, как различные профессиональные подходы к проблеме реализации прав пациентов со стороны медиков, с одной стороны, и юристов, сотрудников органов внутренних дел, с другой стороны. Так, при принудительной госпитализации врачи психиатры-наркологи, нацеленные на оказание пациенту неотложной медицинской помощи, часто воспринимают юридические процедуры, обеспечивающие реализацию прав пациента как помеху в своей деятельности. Ограничения в реализации прав пациентов часто возникают вследствие недостатка финансовых средств, нехватки квалифицированных медицинских кадров; необходимых лекарств.

Проблема защиты прав пациентов при оказании психиатрической помощи требует дальнейшего развития законодательства в сфере охраны психического здоровья граждан Республики Беларусь в направлении обеспечения реализации прав лиц, страдающих психическими расстройствами, на адекватное лечение, реабилитацию, интеграцию в общество.

А.Ф. Крот, О.А. Скугаревский, УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Эмоциональное выгорание и астения в условиях профессионально обусловленного десинхрониза врачебной деятельности

Актуальность вопроса. Тема эмоционального выгорания всегда находит отклик у врачебной аудитории. Вероятно, заинтересованность определяется высокой распространенностью данного расстройства в среде практикующих врачей [3, 5]. В настоящее время под термином «эмоциональное выгорание» подразумевается долговременная стрессовая ситуация, возникающая вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности [2]. Работу в ночную смену следует рассматривать как разновидность профессионального стресса, воздействие которого на организм имеет сочетанный характер, включает не только психические перегрузки, но и вмешательство в установившиеся физиологические ритмы. Результатом подобного стрессового воздействия могут быть разнообразные астенические проявления, как то психическая и физическая утомляемость, истощаемость, снижение уровня активности с дефицитом бодрости и энергии, снижением мотивации и профессиональной продуктивности, повышение возбудимости, раздражительности, комплекс соматоформных проявлений в виде мышечной и головной боли, сердцебиения, диспептических нарушений, расстройства сна, что влечет за собой потребность в дополнительном отдыхе [1, 4]. Численность врачей в РБ составляет 49 380 профессионалов, распространенность ночных дежурств в ней достаточно высока, что определяет социальную и медицинскую значимость проблемы [7].

Цель исследования. Оценить характер корреляционной связи между показателями астении и эмоционального выгорания с учетом ритма профессиональной деятельности.

Материалы и методы. Нами было проведено поперечное обсервационное исследование 45 врачей, в том числе 13 (28,8%) мужчин и 32 (71,2%) женщин в возрасте: 33 (23–64) лет. Исследуемая группа на момент заполнения опросников работала как в стационарах, так и на амбулаторном приеме, выполняя свои функциональные обязанности, то есть формально не имела медицинских противопоказаний к работе и запроса на оказание медицинской помощи. Исследуемая группа была разделена на две подгруппы. Основная подгруппа состояла из 36 человек, из них 10 (27,8%) мужчин и 26 (72,2%) женщин, регулярно дежурящих в ночную смену. Контрольная подгруппа включала 9 человек, из них 3 (33,3%) мужчин и 6 (66,7%) женщин, которые работали только днем. Для самостоятельного заполнения всем участникам были предложены следующие психометрические инструменты: Субъективная шкала оценки астении MFI-20 [6], Шкала для оценки синдрома эмоционального выгорания СЭВ-2003 [3]. Полученные результаты были обработаны статистически при помощи

программы STATISTICA 8.0, с использованием критериев Манна–Уитни, точного метода Фишера, коэффициента корреляции Спирмена для непараметрических данных. Достоверными считались различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Сравнение основной и контрольной подгрупп позволило сделать вывод об их сопоставимости по таким признакам как пол (вероятность ошибки $p = 0,56$), возраст ($p = 0,95$), стаж работы ($p = 0,85$), следовательно, обнаруженные различия результатов в использованных методиках предопределяются прежде всего дихотомизирующим критерием – воздействием десинхронизирующих средовых факторов. В исследуемой выборке симптомы эмоционального выгорания присутствовали в большей или меньшей степени у всех респондентов, что может указывать на высокую интенсивность профессиональных нагрузок, напряженный и изматывающий характер труда. В основной подгруппе степень выраженности эмоционального выгорания статистически достоверно превышает данный показатель контрольной группы ($p = 0,008$). Полученный результат может свидетельствовать о наличии взаимосвязи между степенью эмоционального выгорания и десинхронизирующими средовыми факторами у работающих ночью врачей. При оценке астении худшие показатели в основной подгруппе выявлены по шкалам общей астении ($p = 0,013$), снижения мотивации ($p = 0,022$) и психической астении ($p = 0,043$). В показателях физической астении и понижения активности значимые различия между подгруппами отсутствовали. При этом показатель астении достигает критических значений только в группе дежурящих врачей по шкале «общая астения». Субъективная оценка уровня истощения по шкале от 0 («очень хорошее самочувствие») до 100 («чрезмерное истощение») вызывает интерес диссоциацией результатов с показателями основных шкал методики: достоверных различий между группами не выявлено ($p = 0,57$). Возможно, подобное явление может быть объяснено тем, что дежурящие врачи перестают замечать/недооценивают уровень собственного истощения ввиду того, что перманентно находятся в нем.

В исследуемой группе врачей между уровнем эмоционального выгорания и показателями всех подшкал астении обнаруживается умеренная корреляция (Табл.1). Результаты исследования свидетельствуют о большей силе корреляции между всеми показателями астении и степенью эмоционального выгорания в контрольной группе, однако при сравнении показателей корреляции нулевую гипотезу об отсутствии различий в основной и контрольной группах отклонить нельзя, что может быть обусловлено ограниченной выборкой в группе контроля (Табл.2).

Таблица 1 - Величина коэффициента корреляции Спирмена между степенью эмоционального выгорания (СЭВ-2003) и показателями астении (MFI-20) у врачей

Показатель MFI-20	Спирмена r ($n=45$)
Общая астения	0,57, $p < 0,05$
Физическая астения	0,34, $p < 0,05$
Понижение активности	0,48, $p < 0,05$
Снижение мотивации	0,46, $p < 0,05$
Психическая астения	0,48, $p < 0,05$

Таблица 2 – Величина коэффициента корреляции Спирмена между степенью эмоционального выгорания (СЭВ-2003) и показателями астении (MFI-20) у врачей с учетом наличия/отсутствия дежурств в ночное время

Показатель MFI-20	Основная подгруппа врачей с ночными дежурствами, n=36	Контрольная подгруппа врачей без ночных дежурств, n=9	Достоверность различий между группами, p
Общая астения	0,47, p<0,05	0,77, p<0,05	0,12
Физическая астения	0,27, p<0,05	0,38, p<0,05	0,39
Понижение активности	0,39, p<0,05	0,68, p<0,05	0,17
Снижение мотивации	0,38, p<0,05	0,42, p<0,05	0,45
Психическая астения	0,43, p<0,05	0,62, p<0,05	0,27

Заключение

Профессионально обусловленный десинхроноз сопряжен с астенизацией и синдромом эмоционального выгорания. Выраженность астении и эмоционального выгорания у обследованной категории врачей обнаруживают прямую умеренную корреляционную связь. Взаимное влияние глубины эмоционального выгорания и показателей астении в условиях профессионально обусловленной дизритмии у врачей, а также оценка участия третьих факторов в формировании обоих изучаемых признаков требует дальнейшего детального изучения на большей выборке респондентов.

Литература

1. Астенические расстройства в терапевтической практике: руководство по диагностике и лечению / под редакцией А.В. Шаброва, С.Л. Соловьевой. – СПб, 2010. – 379 с.
2. Балахонов, А.В. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии / А. В. Балахонов, В. Г. Белов, Е. Д. Пятибрат, А. О. Пятибрат // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – № 3. – Сер.11. – С. 57–71.
3. Скугаревская, М.М. Синдром эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.00.18, 19.00.04 / М.М. Скугаревская; Белорусский государственный медицинский университет. – Минск, 2003. – 123 с.
4. Смуглевич, А.Б. Астения и коморбидные психические расстройства / А.Б. Смуглевич, Э.Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 4. – С. 4–7.
5. Хохлов, Р.А. Влияние синдрома эмоционального выгорания на стереотипы врачебной практики и клиническую инертность / Р.А. Хохлов, Э.В. Минаков, Г.И. Фурменко, Н.М. Ахмеджанов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2009. – Т.5 – № 1. – С. 12–21.
6. Smets, E.M. The multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue / E.M.A. Smets, B. Garssen, B. Bonke // Journal of Psychosomatic Research. – 1995. Vol.39. – P. 315–325.
7. World health statistics 2012. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – 2012. – Режим доступа: www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf – Дата доступа. – 16.11.2012.

Мартынова Е.В., к.м.н., главный врач ВОКЦПин
Кирпиченко И.В., специалист по социальной работе ВОКЦПин

Особенности организации социальной службы в Витебском областном клиническом центре психиатрии и наркологии

С начала 2012 года Витебская областная клиническая психиатрическая больница и Витебский областной психоневрологический диспансер объединены в единую структуру – Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии. Изменения коснулись и социальной службы Центра. На сегодняшний день в штат социальной службы диспансера входят 1 специалист по социальной работе и 2 социальных работника. В стационаре социальная служба представлена 1 специалистом по социальной работе, 1 социальным работником и инструктором по физической реабилитации (эрготерапии).

Социальная служба диспансера оказывает 2 вида услуг: посреднические и консультационно-информационные. Посреднические услуги подразумевают содействие в установлении и расширении связей между пациентом, его семьей и лечащим врачом для динамического наблюдения, коррекции лечения, своевременной госпитализации. Консультационно-информационные услуги подразумевают предоставление родственникам больного информации о заболевании, о правилах ухода; предоставлении информации гражданину о специалистах, способных наиболее эффективно помочь в решении его проблемы (например, госпитализации, коррекции лечения, оформлении группы инвалидности, определении на социальную койку и т.д.).

Хочу отметить, что если ранее в процессе патронажа внимание уделялось практически только вопросам ухода и информирования о том или ином заболевании, то в настоящее время всё больше внимания уделяется собственно социальной работе.

Лица, имеющие психические нарушения, а также их родственники в ряде случаев не информированы о том, какие услуги они могут получить в Территориальных центрах социального обслуживания населения. Да, действительно, наличие психического заболевания в большинстве случаев является противопоказанием для взятия на обслуживание граждан в эти территориальные центры. Однако соцобслуживание на дому является далеко не единственной услугой, оказываемой подобными Центрами. К числу этих услуг можно отнести: оказание материальной помощи, обеспечение техническими средствами социальной реабилитации, выдача гуманитарной помощи, оказание юридических консультаций, посещение отделения дневного пребывания для инвалидов и т.д.

Все социальные работники, производящие патронажи, обладают подробной информацией о деятельности Территориальных центров и проводят кон-

сультирование пациентов и их родственников по видам услуг, предоставляемых в социальной сфере. В случае возникновения со стороны пациентов уточняющих вопросов, социальные работники либо переадресуют их специалисту по социальной работе, либо оставляют информацию о контактных телефонах Территориальных центров социального обслуживания населения.

С целью оптимизации проведения консультирования при патронаже разработаны и распространены памятки для пациентов. В памятке содержатся все контактные телефоны социальных служб района, а также телефоны «горячих линий» управлений социальной защиты. Также в них содержится информация, призывающая к бдительности пациентов, т.к. ни для кого не секрет, что часто одинокие лица пожилого возраста и лица, страдающие психическими расстройствами, излишне доверчиво относятся к незнакомым людям. Брошюра напоминает также телефоны экстренных служб.

Специалист по социальной работе диспансера регулярно проводит обучающие занятия с социальными работниками, в рамках которых происходит знакомство последних со всеми изменениями и нововведениями в социальной сфере. Результатом этих занятий является то, что социальный работник в процессе патронажа может провести полное консультирование по тому или иному виду социальных услуг, а именно: информировать о том, кто имеет право на ту или иную услугу, какие документы необходимо для этого предоставить. Это исключает необходимость в повторном обращении уже к специалисту по социальной работе и сокращает время, затраченное на приобретение социальных услуг.

Можно привести такой пример. Очень многие пациенты, являясь инвалидами, нуждаются в использовании подгузников. Но не все информированы о том, что в соответствии с указом Президента Республики Беларусь от 19 января 2012 года №41 «О государственной адресной социальной помощи» с 1 апреля 2012 года государство предоставляет адресную помощь на приобретение подгузников. В процессе патронажа социальные работники диспансера информируют пациентов и их родственников о новой социальной льготе, в результате чего пациент может обратиться за предоставлением таковой.

Кроме вышеперечисленных форм работы социальная служба диспансера работает в следующих направлениях: проведение специалистом по социальной работе консультирования по всем вопросам, возникающим у граждан в социальной сфере; разработка и постоянное обновление информационных материалов (стендов, брошюр), в которых отражены основные вопросы социальной защиты; совместная с психиатром и психологом разработка курса психообразования для пациентов и их родственников; работа в тесном контакте с органами опеки и попечительства, РОВД, РОО, социальной защиты.

Социальная служба стационара представлена тренингами различной направленности. Прежде всего, это социально-правовой тренинг, носящий просветительский характер. В рамках тренинга пациентов знакомят с основными законами социальной сферы, что дает им возможность узнать собственные права. Кроме того, в рамках социально-правового тренинга походит информа-

ционный час, на котором происходит знакомство пациентов с событиями, произошедшими в мире и в республике за истекший период, что, в свою очередь, расширяет кругозор пациентов и повышает уровень их социальной активности.

Инструктор по эрготерапии проводит арт-терапевтические занятия. Пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунок, лепка, аппликация, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию отношений со специалистом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а также творческого самовыражения – с другой стороны. Тренинг независимого проживания знакомит пациентов с основами личной гигиены, гигиеной жилища, гигиеной питания, формирует различные навыки: оплата коммунальных платежей, пользование общественным транспортом, совершение покупок и т. д. В рамках когнитивного тренинга происходит тренировка памяти, внимания, мышления и т.д., т.е. происходит восстановление когнитивного функционирования больных.

Хочется заострить внимание на внедрение в нашей больнице такого вида реабилитации, как внебольничная реабилитация. В рамках данного направления работает программа «Свет моей души». Программа разработана совместными усилиями учреждения культуры «Витебский областной краеведческий музей» и учреждения здравоохранения «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии». Программа рассчитана на год и включает в себя 12 ежемесячных посещений пациентами Центра Витебского областного краеведческого музея. Каждое посещение музея посвящено отдельной тематике, материал преподносится в форме, адаптированной для пациентов. По завершению мероприятия в обязательном порядке проводится обсуждение и подведение итогов произошедшего. В результате интеграции пациентов в музейную среду реализуются следующие направления работы по социокультурной реабилитации психически больных людей: просветительское, целью которого является устранение недостатков существующего отношения общества к психически больным людям и психически больных людей к обществу, изменение нравов, политики, ментальности в данной сфере межличностных и социальных отношений; досуговое, целью которого является организация и обеспечение досуга для удовлетворения духовных и физических потребностей пациентов путем содержательного наполнения их свободного времени; коррекционное, целью которого является полное или частичное устранение или компенсация ограничений жизнедеятельности; познавательное воздействие, ориентированное на приобретение психически больными людьми знаний, понятий о реальных явлениях; осознание окружающего их мира, связи с окружающими людьми; эмоционально-эстетическое воздействие, ориентированное на эстетическое освоение человеком мира, сущности творчества по законам красоты. Эмоциональная составляющая позволяет получать удовольствие, что существенно изменяет образ жизни человека.

Суммируя вышесказанное, можно с уверенностью сказать, что музейная среда оказывает положительное воздействие на психику пациентов. Занятия в

залах музея, ведущиеся при этом беседы дают им возможность почувствовать себя комфортно. Это очень важно для психически больных людей. Свободная беседа импонирует им, дает ощущение собственной значимости, полноценности. Плохо приспособленные к повседневной жизни, часто ограниченные только своим внутренним миром, психически больные люди, постигая мир вещей, узнавая историю их создания, их значение в том или ином временном отрезке, начинают понимать, что такое время, что такое прошлое и настоящее. Через знакомство с музейными предметами, экспонатами в специально созданной музейной среде у них пробуждается интерес к прошлому, формируется и укрепляется ассоциативное мышление.

Следовательно, открытая музейная среда, общение с музейным педагогом, искусствоведам, ведущим занятие, установление контакта с ним, выполнение практических заданий в залах музея являются важными факторами социальной адаптации и развития эмоциональных и интеллектуальных способностей психически больных людей.

Кроме посещения выставочных залов краеведческого музея для пациентов Центра организуются автобусные экскурсии по городу. С целью повышения национального самосознания и в преддверии празднования таких праздников, как День Победы и День Независимости Республики Беларусь для подростков, находящихся на лечении в Центре, были организованы экскурсии в Витебский областной музей имени Героя Советского Союза М.Ф. Шмырева, где они смогли ознакомиться с историей партизанского движения на Витебщине в годы Великой Отечественной войны.

Охвачены внебольничным видом реабилитации и пациенты детского отделения. Центр психиатрии и наркологии заключил договор с Витебским зоологическим парком, на основании которого наши маленькие пациенты регулярно посещают зоопарк. Ко Дню защиты детей – 1 июня – в Центре психиатрии и наркологии состоялось выступление Белорусского театра «Лялька». В их постановке был показан кукольный спектакль «Бука». Для просмотра была собрана интегрированная аудитория, состоящая из детей, находящихся на лечении в Центре, и детей, проживающих в близлежащем поселке.

Больницу с концертными программами часто посещают различные творческие и самодеятельные коллективы, вокальные ансамбли. Отличительной особенностью таких концертов является чередование номеров в исполнении профессиональных артистов и номеров, подготовленных силами самих пациентов. В результате этого у психически больных людей активизируется жизненная позиция, резко возрастает самооценка.

В данный момент специалисты социальной службы работают над подготовкой психообразовательного тренинга для пациентов. В перспективе добавятся сеансы кинотерапии, компьютерные курсы и занятия по двигательной реабилитации. Социальная служба Витебского областного клинического Центра психиатрии и наркологии переживает этап своего становления и с целью совершенствования реабилитационной работы планирует развиваться и дальше.

Современные подходы к терапии и реабилитации детского аутизма

Анализ современной литературы, посвященной коррекции аутизма показывает, что подходов к коррекции расстройств аутистического спектра очень много. В связи с этим возникает вопрос: почему подходов и методов коррекции так много?

Главная причина чрезвычайного разнообразия подходов к коррекции аутизма заключена в самом определении синдрома детского аутизма и РАС: они выделены на основе определенных поведенческих характеристик. В триаде L.Wing, ставшей основой ведущих современных классификаций, это:

- качественные нарушения в сфере вербальной и невербальной коммуникации;
- ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности;
- нарушения процессов символизации.

За каждым из этих пунктов могут стоять совершенно разные причины и механизмы развития, и внешне похожие (по поведенческим характеристикам) явления могут оказаться, по существу, весьма различными. Другими словами, синдромы детского аутизма и другие нарушения, относящиеся к РАС, этиологически, патогенетически и нозологически являются неспецифичными.

Основу систематики современных подходов к коррекции можно представить следующим образом:

I Традиционные (основные) подходы:

1. медицинские;
2. психолого-педагогические;

II Альтернативные (вспомогательные) подходы:

1. альтернативные варианты медико-биологических воздействий;
2. альтернативные варианты психолого-педагогических воздействий.

По современным зарубежным данным, традиционные подходы к коррекции аутистических расстройств используют до 90–95% семей, в которых есть дети с аутистическими расстройствами. Основные психолого-педагогические подходы (ABA, TEACCH, DIR и некоторые другие) используются в 89%, традиционная психиатрическая терапия – в 50%. В то же время к дополнительным и альтернативным подходам прибегают 74% семей, причем с 2002 по 2007 год количество таких семей выросло в 1,5 раза (с 50 до 74%).

По данным Hansen et al. (2007), среди главных причин, побуждающих прибегать к альтернативной терапии, называют: неуверенность в безопасности назначаемых лекарств (84%); беспокойство в связи с возможными побочными эффектами (83%); опыт в связи с необычными побочными эффектами (73%); рекомендации врачей (67%); предпочтение научно обоснованной терапии (66%);

стремление к большему контролю над лечением (54%); советы друзей, родителей, близких (53%); надежда на излечение (50%); остальное – менее 50% вплоть до «в аптеке посоветовали» – 4%.

Принципы оценки новых методов терапии [American Autism Society]

1. Каждый новый метод терапии следует воспринимать с оптимистическим скептицизмом.
2. Особенно критически следует относиться к тем методам, которые претендуют на универсальную эффективность при всех формах аутизма или при лечении всех пациентов.
3. Нужно осторожно применять методы, игнорирующие индивидуальность пациента и способные навредить ему.
4. Всегда необходимо помнить о том, что любой метод представляет собой лишь одну из множества возможностей.
5. Любой вид лечения можно применять лишь после обследования пациента и подтверждения адекватности метода.
6. Часто о новых методах терапии ведутся очень поверхностные дискуссии; будьте бдительны, если споры переходят в этическую плоскость.
7. Эффективность новых методов терапии должна быть научно доказана.

В отношении медикаментозного лечения, назначаемого при РАС, высказывались самые разные позиции – от его полного отрицания до признания не только ведущим, но даже единственным действенным фактором комплексного коррекционного воздействия.

Спектр используемых психофармакологических препаратов, по данным Grey et al. (2003), включает: антидепрессанты (21,6%); нейролептики (14,9%); антиконвульсанты (11,5%); различного рода стимуляторы (11,3%); «подпольные» препараты от аутизма (10,3%).

Расстройства, требующие терапевтического вмешательства при аутизме: состояния страха, беспокойства и возбуждения; тяжелые нарушения сна; агрессивное поведение; тяжелые навязчивые состояния; самоповреждения; эпилептические припадки; «психотические состояния» (соматически обусловленные психозы).

Медикаментозные мероприятия

1. Медикаментозное лечение при современном уровне знаний не является каузальным (воздействующим на причину) методом лечения аутистических синдромов.
2. В каждом случае использование медикаментозных методов требует четкого анализа проблемы, детальной диагностики и тщательного учета баланса между желательным эффектом и нежелательными побочными эффектами.
3. Так как медикаменты пока не действуют на причину расстройства, их назначают в соответствии с целевыми симптомами или синдромами (например, страх, депрессия, агрессивное поведение, самоповреждения).
4. Есть точные данные о механизмах действия препаратов. Но эти сведения еще не всегда используют. Важной задачей специалистов-медиков, занимающихся аутистическими расстройствами (главным образом детско-подростковых

и взрослых психиатров), является распространение этих знаний как среди врачей, так и среди других специалистов смежного профиля, а также среди родителей. Стойкое предубеждение против медикаментозного лечения не способствует улучшению состояния пациентов, страдающих аутизмом.

Реабилитация аутистов представляет собой процесс взаимодействия, требующий приспособления как со стороны пациентов, так и со стороны окружающих их людей. Но в основе этого взаимного процесса – право аутиста быть самим собой и непохожим на других, что является характеристикой его личности и должно признаваться обществом.

Объедков И.В., Объедков В.Г.

Кафедра психиатрии и медицинской психологии БГМУ

Мишени тренинга социального интеллекта у пациентов с шизофренией

Шизофрения – болезнь, которая затрагивает социальные аспекты жизни человека, т.к. проявляется нарастанием замкнутости, неуверенностью в себе, страхом перед окружающей действительностью и неумением адекватно ее оценить. Результатом является утрата эмоциональных контактов и социальных навыков. Исследования зарубежных и отечественных авторов указывают, что при шизофрении поражаются отделы новой коры, отвечающей за социальные функции (когнитивную гибкость, коммуникативные навыки, планирование, социальный рост, профессиональную компетентность). Поэтому к инвалидности больных чаще приводят не бред и галлюцинации, а безынициативность, бездеятельность пациентов, потакание симптомам болезни, чрезмерная опека больного, его чрезмерная зависимость от родственников и врачей. В конечном счете болезнь приводит к выпадению таких людей из общества, что еще больше способствует регрессу психики и резистентности к лекарствам [2]. Таким образом, заболевание шизофренией является видом нарушения процессов социализации, который затрудняет самостоятельную жизнь в обществе. Тренинг социального интеллекта при терапии пациентов с шизофренией занимает в последние годы все большее место в системе оказания помощи этим пациентам, постепенно приобретая статус одной из ключевых стратегий. В данном направлении используется концептуальный и терминологический словари, весьма далекие от классической психиатрии.

Впервые термин «социальный интеллект» был предложен Э. Торндайком в 1920 году. Торндайк сделал предположение о том, что общий интеллект, который называл абстрактным, и социальный интеллект имеют различные источники и механизмы развития. Концептуально социальный интеллект тесно связан с такими понятиями, как «компетентность». Понятие социальной компетентности связано с наличием поддерживающего социокультурного окружения – соци-

альной сети. «Социальная компетентность – это способность выбирать и достигать желаемых и доступных целей путем обретения контроля над эмоциями и поведением индивида через понимание, установление контактов и влияние на окружающих» [4].

Тренинг социального интеллекта предполагает коммуникативную (обмен информацией), перцептивную (восприятие людьми друг друга) и интерактивную (взаимодействие) составляющие общения.

В рамках коммуникативных тренингов используются нейролингвистические методы, направленные на улучшение качества речи больных шизофренией. Результаты ряда исследований говорят о том, что при шизофрении нарушен и семантический и фонетический уровень организации речи, в результате чего страдает грамматика языка. Имеют место общее обеднение словарного запаса, замена звуков, появление неправильных ударений, искажение интонаций, нарушение грамматической структуры речи, когда невозможно выделить части речи или даже распад слова. Применяемые лингвистические приемы направлены на восполнение этих специфических для шизофрении дефектов речи. Применяются прочтение грамматически сложных текстов, избылиующих речевыми оборотами и идиомами. От пациентов важно добиться понимания семантического значения фрагментов и целого текста. Далее от пациента важно добиться пересказа прочитанного текста как можно ближе к его содержанию. Попутно пациентам важно разъяснять истинное значение терминов, допускающих множественное толкование.

Использование упражнений по восполнению дефекта невербальной экспрессии проводится в контексте коррекции перцептивной составляющей социального интеллекта. Оценка невербального поведения другого человека при шизофрении грубо искажается, возникает и усиливается противоречие между вербальной и невербальной информацией. Больные шизофренией отдают предпочтение в качестве основания для суждений системе вербальных значений. Невербальная информация ускользает, так как часто обладает избыточной для больного многозначностью. Упражнения по тренировке невербальной экспрессии строятся на понимании значения жестов и их соответствия намерениям других людей. Для проведения таких упражнений пользу могут принести рисунки из хорошо известных книг по невербальному поведению Алена Пиза.

Тренировка распознавания эмоциональных состояний других людей может быть успешно реализована с помощью специальных компьютерных программ, эффективность которых при шизофрении доказана за рубежом. Специфический дефект распознавания эмоций на лицах окружающих людей мешает людям с шизофренией осуществлять социальное общение [6]. Настоящий дефект причинно связан с нарушением при шизофрении следящего движения глаз. Поэтому его устранению способствуют тренинги скорости и объема глазодвигательных реакций, так как пациенты обнаруживают их снижение при распознавании эмоций. У больных отмечается меньше точек фиксации взгляда с более долгими задержками и более короткое расстояние между точками фиксации

[5]. Компьютерные технологии позволяют осуществлять тренинг объема иконической (зрительной) рабочей памяти, обнаруживающей очевидный дефицит и ограничивающей социальный интеллект при шизофрении.

Важнейшим методом восполнения дефекта социального интеллекта является трудотерапия. Трудотерапия – это метод, основанный на использовании трудовых процессов для восстановления, развития или компенсации утраченных, либо исходно недостаточных функций социального интеллекта. Совместная деятельность больных при участии и помощи врача облегчают взаимоотношения между людьми, снимают состояние напряженности, беспокойства. Занятость, концентрация внимания на выполняемой работе отвлекают пациента от его болезненных переживаний. Трудотерапия является одним из важнейших методов восстановления социальной компетентности больных шизофренией, позволяет уменьшить и компенсировать дефекты психики, увеличивающиеся в связи с фактором бездействия и связанные с как собственно болезненным процессом, так и с длительным пребыванием больных в стационаре [3].

Литература

1. Андреева, Г.М. Социальная психология: учеб. для вузов. 5-е изд., испр. и доп. М. : Аспект-Пресс, 2002. 364 с.
2. Bell, M.D., Lysaker, P.H., Milstein, R.M. : Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996 ; 22:51–67.
3. Bond, G.R., Dietzen, L.L., McGrew, J.H., Miller, L.D. : Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehab Psychol* 1995 ; 40:91–111.
4. Ewart, C.K., Jorgensen, R.S., Suchday, S., Chen, E., Matthews, K.A. Measuring Stress Resilience & Coping in Vulnerable Youth. The Social Competence Interview // *Psychological Assessment*. 2002. Vol. 14. P. 339–352.
5. Marsh, P.J., Lazzaro, I., Manor, B.R. et al. Facial expressions of emotion and visual scanpaths in attention-deficit hyperactivity disorder and first-episode psychosis // *Schizophrenia Research*. 2000. Vol. 41, N 1. P. 140–156.
6. Wolwer, W., Streit, M., Frommann, N., Gaebel, W. Facial affect recognition in schizophrenia: state/trait-characteristic and clinical correlates // *Schizophrenia Research*, 2000. Vol. 41, N 1. P. 145–153].

В.Г. Обьедков

Белорусский государственный медицинский университет.

Перспектива лекарственной терапии шизофрении, основанная на фармакогенетических технологиях

Шизофрения является инвалидизирующим заболеванием, которым во всем мире страдает около 1% населения. Несмотря на эффективность современной психофармакотерапии, во многих случаях прогноз при шизофрении остается

неблагоприятным. У больных развиваются повторные обострения заболевания, нарастает тяжесть хронических психопатологических расстройств, формируется состояние дефекта, многие пациенты неоднократно госпитализируются в психиатрические стационары [1]. Доля пациентов с шизофренией, не отвечающих на терапию, колеблется от 5 до 60% [2].

Основой профессиональной деятельности врача-психиатра с целью оптимизации лечения шизофрении является стратегия замены одного нейролептика другим. Классический подход при поиске «нужного» лекарственного средства (ЛС) теоретически опирается на концепт соответствия спектра психотропной активности каждого нейролептика и индивидуальных клинических особенностей заболевания в каждом конкретном случае. При выборе антипсихотика при лечении шизофрении в последнее время принято принимать во внимание аффинность препаратов к определенному рецепторному спектру и силу (авидность) связи лекарств с рецепторами, детерминирующих клиническую эффективность и спектр нежелательных лекарственных реакций.

В настоящее время фактической инструкцией для решения стратегических и тактических вопросов терапии служат Стандарты диагностики и лечения, основанные на строго доказательных методах. Однако в реальной клинической практике предвидеть ответ на терапию пока остается нереалистичным. В результате назначения одних и тех же алгоритмов терапии у пациентов с шизофренией возникает весь возможный спектр реакций-ответов: выздоровление, улучшение, клиническое улучшение с НЛР (нежелательными лекарственными реакциями), включая т.н. отрицательную резистентность (невозможность проводить эффективную терапию из-за НЛР), только НЛР (причем разные), без клинического улучшения и НЛР, смерть. Выбор ЛС в реальности часто определяется эмпирически с поправкой на имеющийся набор в больнице и стоимость. Часто предпочтение отдается новым препаратам, при этом эффективность замены препаратами нового поколения старых лекарств часто представляется как практика, не нуждающаяся в доказательствах. Иногда, напротив, бытует мнение о клинической эффективности только старых, испытанных ЛС. Стоимость неэффективного лечения шизофрении является одной из глобальных проблем современной терапии, требующей решения в плоскости еще более рационального и научно обоснованного подбора лекарств и режима их дозирования.

Новая стратегия прогноза эффективности ЛС и НЛР при назначении психотропных препаратов (англ., Prediction of neuroleptic treatment response in schizophrenia) и основанные на нем технологии выбора ЛС получили статус нового направления научной деятельности, о чем было заявлено на 2 Европейской конференции по шизофрении в 2009 году в Берлине (W. Gaebel Department of Psychiatry, University of Dusseldorf, Germany, New concepts for predicting the outcome in neuroleptic treatment). Настоящая «новая концепция» предполагает применение биологических маркеров (генетических, электрофизиологических, нейропсихологических, социально-психологических и др.) ответа на терапию и НЛР.

Основной идеей нового направления является поиск соответствия генетического профиля наследственных факторов (то есть генов) конкретных пациентов с генетическим профилем метаболизма препаратов (medication metabolic pathway). Официально начало применения фармакогенетических технологий для терапии шизофрении было озвучено на 57 ежегодном съезде Американского общества генетики человека (American Society for Human Genetics – ASHG), который состоялся 23–27 октября 2007 года, когда было представлено несколько докладов о прикладных аспектах применения фармакогенетического тестирования в США. На съезде было обозначено несколько биомаркеров ответа на антипсихотики и озвучено решение Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (США) одобрить фармакогенетический тест для выбора антипсихотика при лечении шизофрении по полиморфизму генов CYP2D6 и CYP2C19.

В фармакогенетике потенциальный биомаркер имеет текущий модус, определяемый уровнем доказательной базы, к которой предъявляются исключительно высокие требования. Уровень 1А присуждается полиморфизму, когда его соответствие фармакологическому ответу доказано в не менее чем двух независимых исследованиях с не менее 1000 случаев и 1000 контролей. Уровень 1А фармакогенетических тестов для персонализации терапии применения ЛС предполагает наличие информации о них в инструкциях или рекомендациях, утвержденных Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (FDA) и или EMA (Европейским агентством по лекарственным средствам) [3]. Уровень 1В предполагает воспроизведение результатов в более чем одном исследовании с существенным *p*-значением и сильным статистическим эффектом. Это промежуточный уровень, когда рекомендации по его клиническому применению опубликованы в одной из профессиональных баз данных в Интернете (напр., Pharmacogenomics. Knowledge) или одобрены в форме рекомендаций регионарными объединениями фармакогенетиков (Европейский научный фонд – ESF), рабочей группой фармакогенетики Королевской голландской ассоциации фармацевтов, Консультативным комитетом по медицинским технологиям Онтарио, Канада). Уровень 2А устанавливается для достоверных результатов методологически безупречных исследований, но на меньших выборках. Уровень 2В предполагает умеренную силу связи между частотами полиморфного маркера и ответом на лекарство. Ассоциация между частотами полиморфного маркера должна быть воспроизводима, но могут быть некоторые исследования, которые не показывают статистическую значимость и/или величина эффекта может быть небольшой. Уровень 3 устанавливается на основе одного значительного или нескольких исследований с отсутствием четких доказательств ассоциации генетического признака и фармакологического ответа. Уровень 4 может констатироваться на основе доклада случая или только лабораторных исследований.

В настоящее время прикладная фармакогенетика существует и развивается только в высокоразвитых странах. Но уже сегодня можно говорить об информационном и технологическом прорыве при лечении шизофрении, когда в клинических

условиях вопросы выбора ЛС решаются высокотехнологичным образом. Уже сейчас можно говорить о клинической эффективности выбора ЛС, минимизации НЛР и фармакоэкономическом эффекте терапии благодаря генотипированию ключевых ответственных за лекарственный метаболизм генов. То, насколько быстро новые фармакогенетические технологии будут внедряться в отечественной психиатрии, предопределил динамический уровень развития отрасли в текущем десятилетии.

Литература

1. Данилов, Д.С. Терапевтическая резистентность при шизофрении и биологические методы ее преодоления // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008, № 10. – С. 81–86.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia: 2nd ed. Am J Psychiat 2004 ; 161 : 2 : 1—114.
3. Table of Valid Genomic Biomarkers in the Context of Approved Drug Labels. URL:<http://www.fda.gov/Drugs/ScienceResearch/ResearchArea/Pharmacogenetics/ucm083378.htm>.

И.В. Пятницкая, УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Т.В. Короткевич, ГУ «Республиканский научно-практический центр
психического здоровья»

Оказание психиатрической помощи детям с аутизмом в Республике Беларусь: проблемы и перспективы

Аутизм – одно из тех тяжелых заболеваний, которое кроме утраты психического здоровья имеет ряд социально неблагоприятных последствий. Экономические затраты государства в связи с оказанием помощи таким детям включают в себя расходы на систему лечения, реабилитации, выплату социальных пособий, содержание в домах-интернатах, а также уменьшение доходов в связи с сокращением трудоспособного населения.

Актуальность и фиксация внимания на данной теме обусловлена ежегодным ростом показателей первичной и общей заболеваемости, осложненными формами клинического течения, трудностями ранней диагностики и постановки диагноза аутизма и других расстройств аутистического спектра (РАС), высоким уровнем инвалидности.

В последние годы наметилась положительная динамика в области организации работы по оказанию комплексной помощи таким детям и их семьям, изменились подходы психиатрической помощи с акцентом на амбулаторно-поликлинический этап обслуживания детского населения. Однако проблемными остаются следующие моменты:

1. Низкий уровень системы диагностики и мониторинга пациентов с РАС, осведомленности и информированности специалистов и родителей о ранних проявлениях аутизма, позднее обращение за помощью к специалистам

службы охраны психического здоровья детей и подростков не позволяют проводить диагностику на ранних этапах заболевания и тем самым быть высокоэффективными в оказании данного вида помощи.

2. Отсутствие общей концепции (программы), системного подхода с четко определенными и закреплёнными зонами ответственности в различных видах помощи детям с аутизмом и расстройствами аутистического спектра на межведомственном уровне.
3. Недостаточное количество специалистов (психологов, логопедов-дефектологов, педагогов), имеющих специальную подготовку и образование по вопросам оказания помощи детям с аутизмом. Специалистов, которые имеют опыт работы с данной категорией пациентов и могут быть по праву названы высокоэффективными в своем виде деятельности.
4. Низкий уровень культуры коммуникации и взаимодействия общества с людьми с особенностями развития и их семьями.

К вышеперечисленному можно добавить проблему кадрового обеспечения подразделений детской психиатрической службы, особенно в сельской местности, врачами-психиатрами, психотерапевтами, психологами, в свою очередь снижающую доступность и качество оказываемой помощи, и отсутствие в службе социальных работников. Этот факт не позволяет в должной мере обеспечивать полноценную преемственность в наблюдении и социальной адаптации данного контингента детей медицинскими работниками и специалистами учреждений образования.

Перспективы развития в организации работы по оказанию комплексной помощи детям с аутизмом и их семьям видятся в следующем:

1. Расширить зону информационного обеспечения: а) специалистов (в первую очередь педиатров, неврологов и патронажных медицинских сестер) – с целью повышения качества и более ранних сроков выявления признаков аутизма; б) родителей – в целях обеспечения помощи в ранней диагностике аутизма и участия в коррекционном сопровождении детей; в) общественности – в целях формирования культуры взаимодействия с людьми с ограниченными возможностями.
2. Провести обучающие программы и тренинги специалистов, работающих с детьми, имеющими диагноз «аутизм». Обеспечить подготовку новых кадров, специализирующихся на работе с детьми данной категории. Базой подготовки таких специалистов должны выступать как учреждения медицинского, так и образовательно-педагогического профиля. Необходимы профессионалы, специально подготовленные для работы с аутичными детьми. Опыт показывает, что без такой подготовки дефектологи, логопеды, психологи, учителя, как правило, не могут, даже если хотят, работать с этой категорией детей.
3. Создать систему специализированной помощи детям с РАС на государственном уровне, так как современные подходы реабилитационного этапа детей с аутизмом и другими дезинтегративными расстройствами требуют более тесного взаимодействия образовательной, социальной и медицинской си-

стем, общественных организаций, преемственности во взаимодействии реабилитационных структур (ЦКРО и РМО) и подразделений Министерства здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь детям.

Назрела необходимость не только комплексной помощи детям с РАС, но и организации системного взаимодействия специалистов разных профилей, сопровождающих детей-аутистов, так как по отдельности медикаментозная, психологическая, логопедическая, педагогическая помощь, как правило, не приводит к стойким положительным изменениям.

М.М. Скугаревская, ГУ «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья»

Нейробиологические предпосылки развития психозов в подростковом возрасте

Подростковый возраст – стадия онтогенетического развития между детством и взрослостью, которая характеризуется качественными изменениями, связанными с половым созреванием и вхождением во взрослую жизнь. Границы этого периода достаточно условны, так согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения это период жизни человека от 10 до 19 лет, согласно конвенции ООН о правах ребенка, к подростковому периоду относится возраст 15–18 лет. В соответствии со стадиями развития человека по Э. Эриксону, молодыми взрослыми людьми обычно считаются лица от 20 до 40 лет, а подростками люди 13–19 лет. Подростковый возраст является критическим для развития большинства психических расстройств. В этот период манифестируют аффективные расстройства, шизофрения, формируются расстройства личности, зависимости от психоактивных веществ и др. (McFarlane W.R. 2005).

Развитие мозга в подростковом периоде. Хотя после раннего школьного возраста у человека происходит лишь небольшое увеличение массы мозга, перестройка белого и серого мозгового вещества присутствует на протяжении всего подросткового периода. В сером веществе изменения являются нелинейными и регионально специфическими. Они состоят в повышении миелинизации различных кортикальных связей или в «прореживании» синаптических связей, или в обоих процессах, сопровождающихся снижением объема сетевых связей. Одновременно линейно возрастает плотность белого вещества, что связано с увеличением диаметра и миелинизации аксонов, формирующих проводящие пути параллельно с увеличением размера нейронов и пролиферацией глии.

Миелинизация повышает скорость нейрональной передачи. Синаптическое «прореживание» (pruning) представляет собой процесс сокращения числа синапсов между нейронами для повышения эффективности нейросети, удаления избыточных, незрелых связей. Нарушение этого процесса может приводить к негативным последствиям в контроле эмоций, когниций и поведения.

Наиболее вовлечены в этот процесс оказываются префронтальная кора (высшие когнитивные функции) и лимбическая система (эмоции и мотивационное научение). В связи с этими изменениями в подростковом возрасте происходят существенные изменения в социальных взаимодействиях. По сравнению с детьми подростки более социальны, формируют более сложные отношения со сверстниками (иерархия), более чувствительны к принятию и отвержению группой сверстников. В этот период происходит формирование «социального интеллекта», развиваются когнитивные способности, обеспечивающие эффективное социальное взаимодействие, его тонкие нюансы, например, способность распознавать лица и предполагать мысли и намерения других людей (способность распознавать иронию в речи, необходимость отделять буквальное значение от того, что подразумевалось).

Что касается базовых мыслительных способностей, то в подростковом возрасте происходит улучшение эффективности работы мозга. Оно отмечается в пяти областях:

1. Внимательность. Улучшение селективного (избирательного) внимания, т.е. фокусировка на одном стимуле при игнорировании другого. Разделение внимания, т.е. способность уделять внимание двум и более стимулам одновременно, также улучшается.
2. Память. Наблюдается улучшение как рабочей памяти, так и долговременной памяти.
3. Скорость обработки информации (процессинга). Подростки думают быстрее детей. Скорость обработки информации возрастает резко между возрастом 5 лет и средним подростковым возрастом, а затем начинает нивелироваться примерно в 15-летнем возрасте, и практически не меняется между поздним подростковым и взрослым возрастом.
4. Организация. Подростки лучше осознают свой собственный мыслительный процесс, могут использовать мнемонические приемы и другие стратегии для более эффективного мышления.
5. Метакогнитивные способности, т.е. знания субъекта о своей когнитивной системе и умение управлять ею, способность человека правильно оценить и применить свои ресурсы. У детей лишь постепенно формируется способность к правильной оценке возможностей своей когнитивной системы, например, возможностей запоминания.

Примерно с возраста 15 лет базовые мыслительные способности сопоставимы с таковыми у взрослых.

Нейробиологические процессы, лежащие в основе развития психоза

Согласно модели McGlashan и Hoffman (2000), развитие психоза связано с критическим снижением ниже пороговой плотности синаптических соединений. При нормальном развитии человека количество синаптических связей увеличивается и снижается в соответствии с фазами развития. Синаптические связи в норме устанавливаются и умножаются от рождения до 5 лет, затем устанавливается плато до подросткового возраста, когда эти связи редуцируются

или «обрезаются» (pruning) для обслуживания взрослого уровня когнитивного функционирования. В результате во взрослом мозге редуцируется избыток синапсов, но эффективность работы мозга выше, чем у детей.

Иногда в детстве пролиферация синаптических связей меньше нормальной из-за генетических особенностей, осложнений беременности и родов и т.д. В такой ситуации синаптическая плотность ниже нормы в детстве, что иногда проявляется как дефицит в социальном, образовательном и/или когнитивном функционировании (так называемый преморбидный дефицит). Для таких детей процесс нормального подросткового «обрезания синаптических связей» может быть значимым для редукции кортикальных синаптических резервов ниже психотического порога. Нарушения функционирования у таких детей, как правило, предшествуют подростковому изменению и часто дают продромальные сигналы о грядущих проблемах.

Среди других возможных путей развития психоза: пролиферация синаптических связей в детстве нормальной плотности, а патогенетический потенциал психоза лежит в патологически усиленном уровне синаптического «обрезания» в подростковом возрасте. В отличие от ранее описанной ситуации с изначально нарушенной синаптической пролиферацией, здесь нет продромальных, предупреждающих сигналов, потому что картина вплоть до (и часто на протяжении) раннего подросткового возраста является полностью нормальной. Нет возможности предсказать появление проблем, и когда они появляются, совершенно неожиданно, то часто игнорируются и отрицаются до того момента, пока не перешагнут психотический порог, и в этот момент любые потенциальные преимущества от раннего выявления и лечения теряются.

Вышеизложенное указывает на необходимость выявления когнитивных, нейрофизиологических, неврологических маркеров нарушенного мозгового функционирования с целью раннего лечения и возможной профилактики психотических расстройств. К подобным маркерам можно отнести нарушения исполнительских функций, рабочей памяти, селективности внимания, эмоционального процессинга, когнитивных вызванных потенциалов и др.

Е.И.Скугаревская, О.А.Скугаревский,
Белорусский государственный медицинский университет

Нарушения пищевого поведения у мальчиков: одно из отражений процессов стигматизации в детской психиатрии?

Стигма рассматривается как признак пренебрежения или недоверия, который отделяет человека от остальных. Приписывание нежелательных характеристик (стереотипов) некоторым группам людей определяет отчетливую со-

циокультуральную перспективу стигматизации. Так, в общественном сознании бытует большое количество иррациональных «поводов», которыми «клеят» душевнобольных как «представляющих опасность», «непредсказуемых», «желающих спрятаться за своим состоянием» и пр. С другой стороны, наряду с несомненно негативным контекстом стигмы, можно обсуждать и ее противоположную полярность. Например, оценка психического состояния и постановка диагноза психического расстройства, как потенциально стигматизирующие события, увеличивают вероятность получения профессиональной помощи страдающим индивидом. Проблема стигматизации при психических расстройствах усложняется еще и их непосредственным контекстом. Так, например, в детской психиатрии (в отличие от взрослой) круг стигматизирующих обстоятельств расширяется за счет многоуровневого процесса взаимодействия участников процесса оказания помощи больному ребенку (члены семьи, его законные представители, детский коллектив, учителя, воспитатели, медицинские учреждения и организации социального обеспечения и прочие). Сам же характер расстройства вносит свой дополнительный оттенок. Настоящая публикация посвящена обсуждению отдельных аспектов процесса стигматизации, сопровождающего обычно «девичье» (стигма!) расстройство. В то же время принято считать, что от 10% до 25% нарушений пищевого поведения встречается у лиц мужского пола.

Нарушения пищевого поведения (НПП) – группа состояний, манифестирующих обычно в перипубертатном возрасте и характеризующиеся устойчивыми стереотипами дезадаптивного пищевого поведения в диапазоне от ограничительных тенденций в питании (нервная анорексия, НА) до феноменов нервной булимии (НБ) и компульсивного переедания. В целом следует отметить, что на сегодняшний день в мире существует крайне ограниченное количество исследований, посвященных проблеме стигматизации в детской психиатрии. При этом попытка механически перенести такой опыт с психических и поведенческих расстройств у взрослого населения зачастую оказывается неоправданной.

На наш взгляд, достойным внимания является концептуальный подход в отношении стигмы при психических и поведенческих расстройствах в детском возрасте (Mukolo A. Et al., 2010), призванный рассматривать ее в трех измерениях (стереотипы, дискриминация и обесценивание), трех контекстах, т.е. месте, где происходит стигматизация (индивидуальном, социальном и институциональном) и трех целях или жертвах (ребенок, семья/законные представители, службы помощи). Вопреки распространенным стереотипам, бытующим в обществе в отношении душевнобольных (в частности, опасные, склонные к разрушениям, недееспособные), уникальной характеристикой стигмы при НПП (прежде всего при НА) является ее возвеличивающий, восхищающий характер. Так, в обыденном сознании распространено мнение о значимости достижения «идеала внешности», ассоциированного с худобой (прежде всего для женщин). При этом стигма является посредником между ожидаемыми личностно-психологическими характеристиками и социальной успешностью ее носителя («человек-носитель стройного тела = умеет контролировать жизненные обстоятельства

и, прежде всего, себя = целеустремлен и может быть успешным в бизнесе»). Доказанным фактом является то, что превознесение идеала стройности (для женщин), «мужественности» в погоне за V-образной фигурой (для мужчин), распространенное в социальных стереотипах, выходит далеко за пределы клинически выраженных форм нарушений пищевого поведения (НА, НБ), и во многом предопределяет дезадаптивное пищевое поведение на донологическом уровне (диетические ограничения и очистительное поведение (чаще девушки), изнуряющие физические нагрузки и использование средств анаболического действия (чаще мужчины)). Подобная «гламуризация достижений» лиц с указанными девиациями в пищевом поведении определяет неповторимость стигмы при НПП, поскольку полностью отсутствует при других психических и поведенческих расстройствах. Сепарация и утрата статуса (как проявления обесценивания и повод для последующей дискриминации как этапов стигматизации) при НПП также имеют своеобразие. Зачастую речь идет о «включающихся» (часто на продвинутых стадиях расстройства) механизмах самостигматизации (контекст стигмы), когда сам пациент, констатируя свою явную измененность (например, на фоне значительной худобы при НА или неприемлемость самовызывания рвоты, нарушающей функционирование при НБ), начинает избегать социальных контактов и лечебных вмешательств, игнорируя высокий риск неблагоприятных последствий. Здесь уместным будет обсуждение своеобразного «слияния» личности и самого расстройства, когда феномены НПП носят эгосинтонный характер.

Большинство исследований стигмы концентрируется на социальном контексте процессов стигматизации и непосредственно ребенку как их целевом «объекте». В то же время институциональный контекст стигмы требует взвешенной оценки влияния окружения ребенка, например, установок учителей в отношении нормативности формы и массы тела, административного игнорирования тесных взаимосвязей психического и соматического компонентов здоровья на фоне интенсификации процессов обучения и пр.

Обсуждая целевую направленность процесса стигматизации при НПП, необходимо отметить актуальный груз, который «по ассоциации» достается членам семьи больного ребенка. По-видимому, имеется взаимосвязь между возрастом психически больного ребенка и тяжестью стигмы родителей (чем моложе ребенок, тем тяжелее стигма родителей, например, в наблюдениях за семьями больных аутизмом). При этом психологический контекст развития НПП заключается зачастую в отклике на семейную дисгармонию, способствуя самообвинению, прежде всего со стороны матерей. Известное на практике психологическое противостояние в семьях больных НПП реализуется впоследствии в активных действиях родителей по «отработке» собственного чувства вины через активный поиск возможных корректирующих вмешательств для своего ребенка. Данное предположение нашло доказательное подтверждение в констатации связи между выраженностью психопатологической симптоматики у ребенка и депрессией у лиц, осуществляющих уход.

Отдельный специфический аспект целей стигмы при НПП касается барьера во взаимодействии пациентов и системы оказания им помощи. Обесценивающее отношение врачей-интернистов к психическим и поведенческим расстройствам в целом, невысокий уровень их психологической компетентности в понимании механизмов развития нарушений пищевого поведения способствуют зачастую отсрочке специализированных вмешательств за счет оказания симптоматической (зачастую паллиативной) помощи в отношении коррекции соматических последствий дезадаптивного пищевого поведения.

В свете обсужденных граней процесса стигматизации в детской психиатрии в целом и при НПП в частности, а также принимая во внимание специфику их формирования у мужчин (динамика массы тела в процессе созревания, опыт сексуального насилия, физической и психической травматизации, характер сексуальной ориентации и предпочтений, характер компонентов образа собственного тела, подверженность влиянию СМИ в отношении достижения «идеала мужественности», своеобразие динамики переживаний депрессии и стыда у мужчин), работа с таким контингентом требует взвешенного подхода, в том числе при разработке профилактических мероприятий. Внимание специалистов должно быть сфокусировано на проблемах нарушений пищевого поведения у мальчиков, чтобы избежать неправильной оценки, недостаточной диагностики и лечения таких состояний одновременно в аспекте борьбы со стигматизацией.

Е.А. Хмельницкая, Белорусский государственный медицинский университет

Эффективность психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией и близкими расстройствами

Психообразовательные программы во многих странах давно вошли в стандартный пакет помощи пациентам, страдающим шизофренией. В нашей стране они пока не получили столь широкого применения. Результаты многочисленных исследований в отношении различных показателей эффективности таких программ неоднозначны. В нашей стране подобных исследований ранее не проводилось.

Цель: оценить эффективность применения психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, в сравнении со стандартным лечением.

Материалы и методы. Критерии включения: диагноз из группы «Шизофрения и близкие к ней расстройства»; возраст до 40 лет; длительность болезни до 10 лет; согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: органическое поражение ЦНС; умственная отсталость; отсутствие среднего образования; выраженная позитивная симптоматика (выше 68 баллов по шкале

SAPS); выраженная негативная симптоматика (выше 75 баллов по шкале SANS); участие в других видах психосоциальной помощи в течение последнего года. Пациенты были разделены на две группы: пациенты основной группы помимо стандартного лечения в стационаре принимали участие в психообразовательной программе, пациенты контрольной группы получали только стандартное лечение (фармакотерапию). Программа состояла из 8 встреч, проводилась в формате групповой терапии в закрытых группах.

Критерии оценки эффективности программы: уровень знаний о болезни; осознание болезни (инсайт); комплайнс; социальное функционирование; качество жизни; частота госпитализаций в течение катamnестического периода; время до наступления новой госпитализации. Использовались следующие инструменты: карта оценки уровня знаний о заболевании (Сальникова Л.И., Мовина Л.Г.); шкала SAUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, Amador X.F. et al.), общие пункты для оценки осознания болезни; шкала Likert для оценки комплайенса из 7 пунктов, где пункт 1 соответствует полному отказу от приема препаратов, пункт 7 – активному участию пациента в лечении (Kemp K. Et al.); шкала NAIF (New Assessment and Information Form to Measure Quality of Life, Hugenholtz P.Y., Erdman R.A.M.) для оценки качества жизни; шкала GAF (Global Assessment of Functioning Scale, DSM-III-R) для оценки уровня социального функционирования.

Обследование пациентов проводилось в три этапа. В основной группе 1-й этап обследования проводился за 1–2 дня до начала психообразовательной программы; 2-й этап – через 1–2 дня после ее окончания (9–14 дней после 1-го этапа). Обследование пациентов контрольной группы проводилось с таким же временным интервалом между 1-м и 2-м этапами (9–14 дней). Катamnестическое обследование (3-й этап) проводилось через 2 года.

Результаты и обсуждение. В исследование было включено 79 пациентов: 45 из основной и 34 из контрольной группы. На 3-м этапе исследования было обследовано 28 пациентов основной (62,2%) и 11 контрольной (32,4%) группы. Группы не различались значимо по основным клиническим и социально-демографическим параметрам, а также по оцениваемым показателям на момент включения в исследование ($p > 0,05$).

После участия в психообразовательной программе уровень знаний в основной группе значительно возрос ($p < 0,001$), в катamnезе снизился ($p = 0,002$), но оставался значимо более высоким, чем до участия в программе ($p = 0,007$). В контрольной группе заметной динамики уровня знаний на всех этапах исследования не отмечалось ($p = 0,45$; $p = 0,82$; $p = 0,25$). Уровень знаний был значительно выше в основной группе на 2-м этапе исследования ($p < 0,001$). Осознание болезни улучшилось в основной группе после участия в программе ($p < 0,001$). Между 2-м и 3-м, а также между 1-м и 3-м этапами существенных различий не выявлено ($p = 0,15$, $p = 0,04$). В контрольной группе уровень инсайта по шкале SAUMD существенно не различался на всех трех этапах оценки ($p = 0,41$; $p = 0,07$; $p = 0,26$). На 2-м и на 3-м этапе инсайт был значимо выше в основной группе ($p = 0,003$ и $p = 0,03$). Комплайнс на 2-м этапе улучшился в обеих группах ($p < 0,001$ в основной,

$p=0,003$ в контрольной), в катамнезе несколько снизился ($p>0,05$). Комплайнс был выше в основной группе на 2-м этапе на уровне тенденции ($p=0,047$). Улучшение социального функционирования было статистически значимым между 1-м и 2-м этапами ($p<0,001$), 2-м и 3-м ($p=0,002$), 1-м и 3-м ($p<0,001$). В контрольной группе также наблюдалась положительная динамика данного показателя: между 1-м и 2-м этапом выявлено статистически значимое улучшение ($p=0,002$), между 2-м и 3-м, 1-м и 3-м этапами улучшение значимым не было ($p=0,93$ и $p=0,17$). Качество жизни значительно улучшилось в обеих группах между 1-м и 2-м этапами ($p<0,001$, $p=0,008$), несколько ухудшилось в катамнезе ($p>0,05$). Значимых различий между основной и контрольной группами ни по социальному функционированию, ни по интегральному показателю качества жизни не отмечалось ни на одном из этапов оценки.

В основной группе за период катамнестического наблюдения были госпитализированы 18 участников, что составило 40,0% (ДИ 95% 27,0%-54,6%). В контрольной группе в катамнезе госпитализировано 22 человек, что составило 64,7% (ДИ 95% 47,9%-76,51%). Абсолютный риск повторной госпитализации снизился на 24,7% (ДИ 95% 2,5%-43,7%). Отношение шансов повторной госпитализации составило 0,36 (ДИ 95% 0,14–0,91). Время до наступления повторной госпитализации было значительно большим в основной группе по сравнению с контрольной ($p=0,02$).

Выводы: участие пациентов в психообразовательной программе позволяет улучшить у них такие показатели, как уровень знаний о заболевании и осознание болезни, данный эффект сохраняется в течение двухлетнего периода; способствует улучшению социального функционирования, в отличие от стандартного лечения, этот эффект носит долгосрочный характер; имеет некоторое преимущество в отношении роста комплайнса по сравнению со стандартным лечением (на уровне тенденции, $p=0,047$) в краткосрочной перспективе; не оказывает существенного влияния на изменение качества жизни; снижает риск повторной госпитализации в течение двух лет; способствует значительному увеличению периода времени до наступления повторной госпитализации по сравнению со стандартным лечением.

Хоменко Н.В., кафедра психиатрии и медицинской психологии БГМУ

Распознавание эмоций при шизофрении

В последнее время отмечается значительный интерес к изучению нейрокогнитивных функций при шизофрении. За последние 20 лет выделена отдельная область нейрокогнитивных функций – социальные когнитивные функции. Социальные когнитивные функции – это способность обрабатывать и применять социальную информацию, обеспечивающая адекватное и успешное взаимодействие индивида в обществе. Распознавание мимики и эмоций – одна из наиболее важных

составляющих невербального общения. Некоторые исследователи связывают дефицит распознавания эмоций при шизофрении с социальной компетентностью [2, 3], более эффективным социальным функционированием и независимым проживанием [4]. В целом изучение эмоционального восприятия базируется на выявлении особенностей распознавания основных эмоций (таких как страх, злость, счастье, печаль и т.п.), а также на способности определять интенсивность эмоциональной экспрессии.

Целью данного исследования было определение особенностей восприятия основных эмоций у пациентов с шизофренией, а также связи выявленных нарушений с тяжестью психопатологической симптоматики.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 43 пациента мужского пола, страдающие шизофренией и острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении, и проходившие лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». Контрольную группу составили здоровые мужчины 19–37 лет (34 человека) без каких-либо психических расстройств, не имеющие родственников, страдающих шизофренией. Представители основной и контрольной групп ни имели существенных различий по возрасту и образованию ($p > 0,05$).

Эмоциональное восприятие оценивалось с помощью Теста Распознавания Эмоций (Penn emotion recognition task, компьютеризированная нейропсихологическая батарея (PennCNP) для изучения нейропсихологического функционирования Лаборатории проблем мозга Пенсильванского университета). При этом были последовательно представлены 40 фотографий (20 мужских и 20 женских). Необходимо было определить эмоцию, которую переживает человек из 5 предложенных вариантов (счастье, грусть, злость, страх, без эмоций). Кроме того, данный тест позволяет оценить и допущенные в результате выполнения ошибки (т.е. как происходит неправильная интерпретация эмоциональных сигналов). Результаты исследования обрабатывались с помощью статистической программы SPSS, версия 17,0 для Windows.

Результаты. Анализируя результаты Теста Распознавания Эмоций, удалось выявить статистически значимые различия в эмоциональном восприятии у здоровых лиц и больных шизофренией. Пациенты в целом хуже справлялись с заданием определения эмоций по выражению лиц (24 правильных ответов из 40 возможных) по сравнению с контрольной группой (34 правильных ответа), $p < 0,01$. Наибольшие трудности возникают при определении грусти (5 правильных ответов в основной и 7 в контрольной группах из 8 возможных, $p < 0,01$), а также злости (4 и 5 в основной и контрольной группах соответственно из 8 возможных, $p \leq 0,05$). Лучше всего пациенты сумели определить выражение счастья (7 и 8 в основной и контрольной группах соответственно из 8 возможных, $p \leq 0,05$), хуже – страха и отсутствие эмоций (6 правильных ответов в основной и 7 в контрольной группах из 8 возможных, $p < 0,01$). Производился также анализ ошибок, неправильных интерпретаций. Чаще всего пациенты с шизофренией ложно приписывали отсутствие эмоций лицу, изображенному на фотографии

4 ошибки в основной и 1,5 в контрольной группах из 32 возможных, $p < 0,01$), а также переживание грусти (3 ошибки в основной и 2 в контрольной группах из 32 возможных, $p < 0,05$). Не было выявлено статистически значимых различий при неправильной атрибуции страха в основной и контрольной группах.

В результате корреляционного анализа была выявлена отрицательная корреляция между выраженностью аффективного уплощения и количеством правильно распознанного чувства страха у лиц на предъявляемых фотографиях ($r = -0,371$, $p < 0,005$). Кроме того, удалось установить также корреляцию между выраженностью позитивной симптоматики и степенью нарушений эмоционального восприятия. Определена отрицательная корреляция средней силы между количеством правильно распознанных эмоций в Тесте Распознавания Эмоций (Penn emotion recognition task) и суммой баллов отдельных признаков по шкале позитивных симптомов SAPS ($r = -0,326$, $p < 0,05$). Между другими психопатологическими симптомами, а также социо-демографическими показателями и степенью нарушений эмоционального восприятия статистически значимых корреляций обнаружено не было.

Обсуждение. Согласно полученным результатам, наибольшие трудности пациенты испытывают при определении таких эмоций как «злость» и «грусть». Гипотетически ухудшение в распознавании негативных эмоций и последующей их обработке может приводить к искажению реальности, а в дальнейшем – к неправильной интерпретации социальных событий, нарушению взаимодействия с близкими людьми, неадекватному поведению и изоляции. Не подтвердилось предположение о связи отдельных параноидных симптомов (бред, галлюцинации) с «более зловещим восприятием окружающего мира» (т.е. неправильной атрибуцией страха и злости). Однако удалось выявить отрицательную корреляцию суммарных баллов по шкале позитивных симптомов SAPS и количеством правильно определенных эмоций. Неспособность пациентов с позитивными симптомами определить основные эмоции демонстрирует, возможно, что области мозга, принимающие участие в распознавании эмоций (таких, как миндалины, орбитальная, вентральная и медиальная префронтальная кора), также испытывают функциональные нарушения во время психотических эпизодов.

Выявленная в результате исследования отрицательная корреляция между выраженностью аффективного уплощения и правильно распознанным выражением страха на предъявляемой фотографии подтверждается другими исследованиями [1,5].

Таким образом, 1) при шизофрении отмечается ухудшение понимания эмоций человеческих лиц на предъявляемых фотографиях; 2) вероятно, существует взаимосвязь между тяжестью психопатологической симптоматики и степенью нарушений эмоционального восприятия; 3) дальнейшее изучение социальных когнитивных функций при шизофрении оправдано с учетом более подробного анализа клинико-психологических характеристик пациентов, а также генетического фона, анамнестических сведений. Подобные исследования позволяют глубже понимать природу болезни, прогнозировать исход заболевания, а в по-

следующем – разрабатывать более эффективные подходы в лечении и реабилитации пациентов с шизофренией.

Литература

1. Gur, R. Flat Affect in Schizophrenia: Relation to Emotion Processing and Neurocognitive Measures / R.E.Gur, Ch.Kohler, J.Ragland, S.Siegel, K.Lesko, W.Bilker, R.C.Gur // Schizophrenia Bulletin // 2006. – № 32. – P. 279–287.
 2. Hooker, C. Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients / C.Hooker, S.Park // Psychiatry Research. – 2002. – № 112. – P.41–50.
 3. Ihnen, G.H. Social perception and social skill in schizophrenia / G.H. Ihnen, D.L. Penn, P.W. Corrigan, J. Martin // Psychiatry Research. – 1998. – № 80. – P. 275–286.
 4. Kee, K.S. Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? / K.S. Kee, M.F. Green, J.M. Mintz, J.S. Brekke // Schizophrenia Bulletin. – 2003. – № 29. – P. 487–497.
 5. Michalopoulou, P. Facial fear processing and psychotic symptoms in schizophrenia: functional magnetic resonance imaging study / P. Michalopoulou, S. Surguladze, L. Morley, V. Giampietro, R. Murray, S. Shergill // The British Journal of Psychiatry // 2008. – № 192. – P. 191–196.
-

Шилова О.В., Гомельский государственный медицинский университет

Особенности семейных систем больных шизофренией

Биопсихосоциальная модель происхождения психических расстройств предполагает учет интегративного влияния нескольких групп факторов. Это биологические особенности в виде наследственной предрасположенности, психологические (в виде особенностей личностной структуры, в значительной степени определяемой структурой психологических защит, формирующихся в семье с возрастом, т.н. «стресс–диатез»), а также социальные факторы – стрессовые события индивидуальной истории и влияние среды.

В последнее время особое внимание уделяется роли семьи в формировании различных патологических паттернов реагирования как одной из причин возникновения психических расстройств. Известно, что характер отношений с близкими людьми в раннем детстве и родительские «интроекты» определяют трудности во взаимоотношениях с окружающими во взрослом состоянии(ВОЗРАСТЕ???) не только у пациентов с невротической патологией [1]. Наличие же биологической предрасположенности может усугублять характер психопатологии. Известно, что при шизофрении две самостоятельные генетические группы факторов обуславливают нейрокогнитивный дефицит и предрасположенность к психозам [2].

Роль семьи в происхождении эндогенных психических заболеваний в современной психиатрии неоднозначна. По мнению американских семейных психиатров, «психоз всегда на двоих, в семье есть кто-то, кто его неосознанно провоцирует» [3,4]. Официальная точка зрения почти полностью игнорирует роль семьи, отдавая предпочтение роли биологических факторов, в виде рас-

ширения боковых желудочков и дисбаланса нейромедиаторных систем в головном мозге пациентов [5]. Несомненная роль семьи в происхождении психозов доказывается тем, что монозиготные близнецы, воспитанные в разных семьях, имеют значимые различия в заболеваемости.

Влияние родительской семьи часто не заканчивается с началом самостоятельной жизни, т. к. дисфункциональные паттерны отношений переносятся в собственные семьи, становясь их основой и новым риском для следующего поколения. Кроме того, больные часто остаются жить с родителями, которые берут на себя, вместе с заботой о больном, «обязанности» по закреплению патологических паттернов поведения и иногда провоцируя новые обострения.

Существуют, несомненно, сложности оценки влияния семейной системы. Интегративным показателем семьи является ее зрелость или дисфункциональность, при этом значимую роль играют не полнота, типы воспитания и обеспеченность семьи, а особенности коммуникаций, границ и система контроля внутри семьи. Семьи, в которых живут больные психическими расстройствами, как правило, дисфункциональны.

В такой семье существуют жесткие и неизменные правила и стереотипы взаимодействия, приводящие к постоянному ощущению наличия неразрешимых проблем внутри системы (с сохранением «внешнего приличия»). В кризисных ситуациях происходит возникновение стабилизирующих симптомов, а также «вертикальные» коалиции, когда эмоциональные отношения ребенок-родитель ближе и теплее, чем в паре. Отношения сопровождаются низким уровнем эмоциональной зрелости и размытыми личностными границами [4].

В семьях больных шизофренией бросается в глаза грубо нарушенная дисфункциональная система: нарушение границ и контроля, специфическая коммуникационная среда с несоответствием по содержанию вербальных и невербальных сообщений, «двойным предписанием» («double bind») с игнорированием и критикой ребенка, формированием у него недоверия к собственным эмоциональным реакциям. Часто основным источником является «шизогенная мать», властная или сверхзаботливая и эмоционально холодная на фоне шизоидного или просто слабovolного отца. Накопление шизоидного радикала прослеживается в семейной макродинамике: от поколения к поколению властный, эмоционально холодный партнер выбирает себе безвольного. Существование семей возможно как в гипосоциальной среде, так и со «сверхадаптацией» и внешней «сверхнормальностью».

«Сведение с ума» – это длительный опыт эмоционально-неадекватного общения, попытка переработать который приводит к провокации нейрокогнитивного дефицита. Стиль коммуникаций приводит к подрыву доверия ребенка к собственным эмоциональным реакциям и восприятию реальности. Родитель в такой семье может лишать «законной» силы чувства и мысли ребенка или приписывает ему свои:

- «У меня болит голова» – «Не выдумывай, ничего у тебя не болит».
- «Я хочу» – «На самом деле ты не хочешь этого».

- «Ты ведь любишь тетю Валю, я знаю», «Не притворяйся обиженным».
- «Ты специально издеваешься надо мной, что надеваешь эту блузку, которая мне не нравится!», «Ты специально порезал палец, чтобы я опоздала на работу!».

Существуют различные варианты игнорирования ребенка [4]:

- Ответ не попадая сообщению («соскальзывающий»): «Я сделал уроки» – «На улице холодно».
- Ответ не учитывает намерение сообщения: «Я сделал уроки» – «Иди поешь».
- Абстрактный ответ, словно не ребенку, а «вообще»: «Я сделал уроки» – «Надо хорошо учиться», а также деятельность, не берущая в расчет ребенка, подавление эмоциональной активности неподтверждением (отношение к ребенку как объекту).

В случае «double bind» значимый родитель обычно не дает возможности прекратить общение, дает негативное предписание: «не делай, а то накажу», при этом посылает невербальное сообщение, не соответствующее первому (сказать это с улыбкой или равнодушно, но так, чтобы не верилось). Многократные повторы и привычка к такому общению усугубляет нейроркогнитивный дефицит, провоцируя свойственный больным стиль мышления, при котором семантически-грамматические структуры не соответствуют друг другу по уровням ассоциаций [2]. Результатом адаптации к такому мышлению является отстранение от эмоций до безразличия, формирование симптомов аутизма, девитализация живого, нарушение ассоциативного мышления.

Представляется особо важным для первичной профилактики расстройств данного спектра психолого-социальная работа с подростками для формирования эмоционально зрелых отношений в будущих семьях, а также разработка и проведение образовательных программ для родственников больных для профилактики обострений. Важным является обучение контролю степени эмоциональной экспрессивности и агрессии в семьях больных шизофренией, как и усиление предсказуемости и последовательности сообщений [5].

Литература

1. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. – Независимая фирма «Класс», 1998. – 480 с.
2. Обьедков, В.Г. Полидетерминантность и полимодальность нейроркогнитивного дефицита при шизофрении: прикладные проблемы – Психиатрия, психотерапия и медицинская психология, 2010. – №2(02). – С.73–82.
3. Лэйнг, Р.Д. «Я» и Другие/ Пер. с англ. – М. : Независимая фирма «Класс», 2002. – 192 с.
4. Витакер, К. Полуночные размышления семейного психотерапевта / Пер. с англ. – М. : Независимая фирма «Класс», 2006. – 208с.
5. Скиннер, Р., Клииз, Д. Семья и как в ней уцелеть/ Пер. с англ. – Независимая фирма «Класс», 1995. – 272 с.

Шубина С. Н., Скугаревский О. А. (Городской психоневрологический диспансер г. Минска; Белорусский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и медицинской психологии)

Клинико-психологическая дифференцированная оценка девиантного пищевого поведения (от донозологических проявлений до клинически значимых феноменов)

Донозологическая диагностика – новое научное направление, основанное на изучении донозологических состояний, пограничных между здоровьем и болезнью, с использованием специфических технологий для оценки и измерения функционального состояния организма человека. Основным методом донозологической диагностики является скрининг – оценка состояния, поиск фактора риска или заболевания путем опроса, физикального обследования, аппаратного или лабораторного исследования или с помощью других процедур, которые могут быть выполнены относительно быстро [1].

Есть основания полагать, что своеобразие когнитивного функционирования свойственно различным психическим и поведенческим расстройствам, сопровождающимся разным уровнем социального функционирования, в том числе и при нарушении пищевого поведения [2]. Так, например, исследование одной из чувствительных граней эмоционального интеллекта – способности к распознаванию выражений лиц – могло бы способствовать оценке нозологического сходства/различий феноменологии отклоняющегося от нормативного пищевого поведения на до-/нозологическом уровне в структуре различных состояний. В нашем исследовании проводился клинико-психологический скрининг здоровых лиц, женщин, больных шизофренией, и пациенток с нарушением пищевого поведения (нервная анорексия) с целью определения дифференциальных маркеров донозологических состояний при отклоняющемся от нормативного пищевом поведении.

Материалы и методы. В сравнительном поперечном одномоментном исследовании приняли участие следующие группы респондентов: больные нервной анорексией (30 человек, возраст $20,0 \pm 1,25$ лет, женский пол); больные шизофренией (30 человек, возраст $26 \pm 1,15$, женский пол); здоровые женщины – студентки БГМУ (30 человек, возраст $22,3 \pm 1,15$ лет). В исследование не включались лица с первичными аффективными, органическими, невротическими расстройствами, также лица с эпилепсией и умственной отсталостью. Были использованы следующие психометрические шкалы: Шкала оценки пищевых предпочтений (ШОПП); Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R); Модифицированный тест распознавания мимики – Face recognition test. Статистическая обработка полученных результатов произ-

водилась с использованием программы SPSS (сравнительная статистика, однофакторный дисперсионный анализ, дискриминантный анализ) [3].

Результаты и обсуждение. Для реализации целей исследования группы больных шизофренией и здоровых женщин были разделены на соответствующие подгруппы на основании субъективной оценки самими респондентами признака наличия/отсутствия у них проблемного пищевого поведения (ограничения в еде, диеты, чрезмерные физические нагрузки с целью контроля внешности и т.д.): «1а» – больные шизофренией с проблемами в пищевом поведении (7 человек), «1б» – больные шизофренией без проблем в пищевом поведении (23 человека); «2а» – здоровые женщины с проблемами в пищевом поведении (12 человек), «2б» – здоровые женщины без проблем в пищевом поведении (18 человек).

Клиническая валидность и гомогенность обследуемой группы больных нервной анорексией (F50.0, МКБ-10) была верифицирована на основании анализа Шкалы оценки пищевых предпочтений (ШОПП). У больных нервной анорексией по сравнению с группой здоровых и больными шизофренией отмечалась достоверно большая выраженность признаков стремления к худобе ($p=0,023$), булимии ($p=0,01$), неэффективности ($p=0,01$), большого уровня перфекционизма ($p=0,02$), недоверия в межличностных отношениях ($p=0,01$), страха зрелости ($p=0,025$). Кроме того, констатируемое по субъективным оценкам проблемное пищевое поведение в анамнезе больных шизофренией подтверждалось, по данным этого инструмента, на основании большей выраженности таких клинических и психологических характеристик, свойственных больным нарушениями пищевого поведения, как стремление к худобе ($p<0,01$), булимии ($p=0,03$), недоверие в межличностных отношениях ($p=0,02$) и уровень перфекционизма ($p<0,01$).

В группе формально социально адаптированного контингента здоровых молодых женщин (студентки БГМУ) субъективная оценка «проблемного пищевого поведения» объективно подтверждалась данными шкалы ШОПП (большая выраженность факторов стремления к худобе ($p<0,01$), булимии ($p<0,01$), неэффективности ($p=0,02$), большого перфекционизма ($p=0,01$), недоверие в межличностных отношениях ($p=0,01$), страх зрелости ($p=0,06$)). Таким образом, и у больных шизофренией, и у здоровых женщин субъективная ретроспективная оценка проблемного пищевого поведения при настоящем обследовании была подтверждена большей выраженностью специфических психосоматических проявлений, характерных для нарушений пищевого поведения.

На основании исследования профиля психопатологической симптоматики (SCL-90-R) наличие актуального нарушения пищевого поведения (нервной анорексии), либо положительные данные о наличии проблемного пищевого поведения в анамнезе у больных шизофренией и у здоровых женщин определяло большую тяжесть различных кластеров психопатологических симптомов. Так, больным нервной анорексией (по сравнению со студентками БГМУ и больными шизофренией) была свойственна большая выраженность соматизации ($p=0,03$), обсессивности-компульсивности ($p=0,01$), фобической тревожности ($p<0,01$), психотизма ($p<0,01$). Проблемное пищевое поведение больными шизофренией

привносит большую выраженность соматизации ($p < 0,01$), фобической тревожности ($p = 0,02$), депрессивности ($p = 0,06$), враждебности ($p = 0,03$); а у формально здоровых женщин актуализирует проявления соматизации ($p = 0,02$), обсессивности-компульсивности ($p < 0,01$), фобической тревожности ($p < 0,01$).

При сравнительной оценке одного из компонентов эмоционального интеллекта – способности к распознаванию выражений лиц (Face recognition test) – было выявлено, что больные нервной анорексией значительно лучше справляются с заданием, чем больные шизофренией, и более близки по показателям теста к группе формально здоровых респондентов: больные нервной анорексией запоминают из 20 лиц – 17 ($p < 0,01$), пациенты с шизофренией – 14 ($p = 0,001$), а студентки БГМУ – 18 лиц ($p = 0,003$). Большая сохранность анализируемой способности к распознаванию выражений лиц была свойственна и больным шизофренией при наличии у них в анамнезе проблемного пищевого поведения (15 из 20 при проблемном пищевом поведении в анамнезе ($p = 0,002$) против 13 при его отсутствии ($p = 0,005$)).

Заключение. Таким образом, наличие проблемного пищевого поведения (как актуального, так и по анамнестическим данным у больных шизофренией и формально здоровых и социально адаптированных молодых женщин) привносит феноменологическое своеобразие в их клинико-психологический портрет (ШОПП), аггавирует их психопатологический профиль (SCL-90-R) и, возможно, склонно содействовать большей сохранности такой характеристики эмоционального интеллекта, как способность распознавать выражение лиц.

Литература

1. Захаров, М.П., Щербаков, Ю.А. / ЗОЖ и вредные для здоровья факторы / М.П. Захаров. СПб. : Крисмас, 2011. – 696 с.
2. Захаров, В.В. Когнитивные нарушения в неврологической практике // Трудный пациент. – 2005, №5. – С. 20–25.
3. Наследов, А. SPSS 15 профессиональный статистический анализ данных / А. Наследов. СПб. : Питер, 2008.

Шубина С.Н., Скугаревский О.А, Копытов А.В. (Городской психоневрологический диспансер г. Минска; Белорусский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и медицинской психологии)

Когнитивное функционирование при нервной анорексии и шизофрении: сравнительная оценка

При различных психических и поведенческих расстройствах отмечается своеобразие когнитивных и исполнительских функций, которое, в свою очередь, сопровождается социальной дезадаптацией пациентов [1]. Существует дис-

куссия на предмет нозологического единства нервной анорексии и шизофрении. Оценка различий в организации когнитивных и исполнительских функций между больными шизофренией и нервной анорексией позволила бы пролить свет на категориальную общность/независимость этих расстройств.

Целью настоящего исследования была сравнительная оценка когнитивных функций при нервной анорексии и шизофрении.

Материалы и методы. В сравнительном поперечном одномоментном исследовании были обследованы больные нервной анорексией (30 человек, возраст $20,0 \pm 1,25$ лет, женский пол); больные шизофренией (30 человек, возраст $26 \pm 1,15$, женский пол). Группа контроля – студентки БГМУ (30 человек, возраст $22,3 \pm 1,15$ лет). Применялись: Висконсинский тест сортировки карточек (WTSC); Кембриджская автоматизированная батарея нейропсихологических тестов (тесты «Кембриджские чулки с одним прикосновением (OTS)», «Кембриджский тест на азарт (CGT)»). В исследование не включались лица с первичными аффективными, органическими, невротическими расстройствами, также лица с эпилепсией и умственной отсталостью. Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием программы SPSS (сравнительная статистика, однофакторный дисперсионный анализ, дискриминантный анализ) [2].

Результаты и обсуждение. На основании сравнительного анализа результатов обследования респондентов с использованием Висконсинского теста сортировки карточек (WTSC) выявлено снижение эффективности исполнительского функционирования у больных шизофренией по сравнению с больными нервной анорексией и студентками БГМУ: больные шизофренией используют наибольшее число предъявляемых карточек ($F=15,22$, $p=0,001$), проходят наименьшее число категорий ($F=22,88$, $p=0,001$), делают наибольшее число персеверативных ошибок ($F=24,66$, $p=0,011$), неперсеверативных ошибок ($F=24,18$, $p=0,031$), ошибок удержания счета ($F=9,24$, $p=0,006$), ошибок, возникающих после того, как тестируемый нашел правило сортировки карточек ($F=4,57$, $p=0,034$). Необходимо отметить, что у больных нервной анорексией исполнительское функционирование отличается принципиально большей эффективностью по сравнению с группой контроля (студентками БГМУ): они дают наибольшее число правильных ответов ($F=5,57$, $p=0,05$), используют наименьшее число карточек при прохождении 1-ой категории ($F=4,27$, $p=0,044$).

На основании применения Кембриджской автоматизированной батареи нейропсихологических тестов при оценке пространственного планирования как одного из аспектов функционирования лобных долей мозга (Кембриджские чулки с одним прикосновением (OTS)) в сравнительном плане была установлена худшая направленность результатов для больных шизофренией. Так, больные шизофренией делают наибольшее количество выборов до правильного – 1,8 (больные нервной анорексией – 1,3, группа контроля – 1,2) ($p=0,002$) и наименьшее количество правильных ответов до достижения правильного – 13 (больные нервной анорексией – 19, здоровые – 20) ($p=0,003$).

Принимая во внимание точку зрения о возможной аддитивной природе нарушений пищевого поведения, для реализации целей исследования в контексте оценки импульсивности и склонности к риску при принятии решений нами использовался Кембриджский тест на азарт (CGT). Анализу подлежал такой показатель, как Risk-taking (descending mode) – склонность к риску (нисходящие ставки). Это среднее соотношение выбранной ставки к имеющейся сумме при задании с нисходящими ставками и наиболее логичном выборе. Его результаты таковы: больные шизофренией наиболее склонны к риску – Risk-taking у них равен 0,95 ($p=0,023$); затем (по величине ключевого показателя) идут здоровые лица – исследуемый показатель у них равен 0,81 ($p=0,01$); в меньшей степени склонны к риску больные нервной анорексией – 0,77 ($p=0,015$).

Для дифференциальной оценки вклада девиантного пищевого поведения в дисперсию показателей когнитивного функционирования исследуемых групп больные шизофренией и здоровые респонденты были разделены на подгруппы на основании субъективной оценки наличия проблем в пищевом поведении (ограничения в еде, диеты, чрезмерные физические нагрузки и т.д.): «1а» – больные шизофренией «с проблемами в пищевом поведении» (7 человек), «1б» – больные шизофренией «без проблем в пищевом поведении» (23 человека); «2а» – студентки БГМУ «с проблемами в пищевом поведении» (12 человек), «2б» – студентки БГМУ «без проблем в пищевом поведении» (18 человек). Примечателен тот факт, что больные шизофренией без проблем в пищевом поведении по сравнению с больными шизофренией с проблемами в пищевом поведении при прохождении WTSC имеют большее снижение эффективности исполнительского функционирования: используют наибольшее число предъявляемых карточек ($F=25,25$, $p=0,005$), проходят наименьшее число категорий ($F=13,8$, $p=0,02$), делают наибольшее число ошибок удержания счета ($F=17,3$, $p=0,001$). Также студентки БГМУ с проблемами в пищевом поведении по сравнению со студентками БГМУ без проблем в пищевом поведении имеют наибольшее число правильных ответов ($F=12,35$, $p=0,06$), они используют наименьшее число карточек при прохождении 1-ой категории ($F=14,55$, $p=0,01$). Таким образом, наличие проблемного пищевого поведения (даже констатированного по субъективным оценкам), *по-видимому*, привносит с собой специфический паттерн исполнительского функционирования, характеризующийся большей эффективностью. Эта же тенденция касается и аспектов эффективности пространственного планирования. Как больные шизофренией, так и группа контроля без проблем в пищевом поведении по сравнению с сопоставимыми группами с проблемами в пищевом поведении делают меньшее количество правильных ответов до правильного при прохождении теста Кембриджские чулки с одним прикосновением (OTS) – 10 (больные шизофренией с проблемами в пищевом поведении – 16) ($p=0,005$), студентки БГМУ без проблем в пищевом поведении – 18 (студентки БГМУ с проблемами в пищевом поведении – 22) ($p=0,003$).

Наличие указаний на проблемное пищевое поведение респондентами (как в контрольной группе здоровых, так и у больных шизофренией) сопряжено с

достоверно меньшей склонностью к риску по данным оценки Кембриджского теста на азарт (CGT): (показатель склонности к риску у больных шизофренией без проблем в пищевом поведении – 0,99, а у больных шизофренией с проблемами в пищевом поведении – 0,91 ($p=0,003$); этот параметр у студенток БГМУ без проблем в пищевом поведении составил 0,85, а у студенток БГМУ с проблемами в пищевом поведении – 0,77 ($p=0,005$).

Закключение. С точки зрения особенностей функционирования ряда нейропсихологических процессов (исполнительское функционирование, пространственное планирование, склонность к риску) больные нервной анорексией качественно отличаются от больных шизофренией и здоровых лиц. Эти различия не противоречат известным психологическим особенностям лиц, страдающих нарушениями пищевого поведения, и способствуют хронизации этих состояний. В количественном отношении выраженность отклонений в показателях нейропсихологических тестов «сближают» в большей мере больных нервной анорексией со здоровыми лицами, чем с больными шизофренией.

Литература

1. Тонконогий, И.М., Пуанте, А. / Клиническая нейропсихология / И.М. Тонконогий. СПб. : Питер, 2007. – С. 185–229.
2. Наследов, А. SPSS 15 профессиональный статистический анализ данных / А. Наследов. СПб. : Питер, 2008.