

Результаты исследования:

До операции в 85% случаев отмечались психические расстройства невротического уровня (фобические – у 87,5%, тревожные – у 82,5%, астенические – у 12,0%, депрессивные – у 10,0%, ипохондрические – у 10,0% пациентов). Чаще выявлялись структурно-сложные состояния, среди которых наиболее распространенными были тревожно-фобические расстройства (67,5%). Тревожно-фобические расстройства проявлялись жалобами на разнообразные страхи у 87,5% обследованных, «душевный дискомфорт» (82,5%), в том числе волнение (50,0%), тревогу (32,5%), наличие навязчивых мыслей об операции (25,0%), нарушение сна (22,5%) и напряжение (17,5%).

Большинство обследованных (87,5%) предъявляли жалобы на разнообразные страхи (оперативного вмешательства и его последствий – 37,5%, проблем в процессе выхода из наркоза – 27,5%, беспомощности – 10,0%, повторения прошлого негативного опыта операции – 10,0%, смерти во время операции – 5,0%, а также страх проснуться раньше времени – 2,5%). Больные отмечали у себя высокий уровень тревоги (32,5%), снижение настроения (22,5%), нарушение сна (22,5%) и снижение аппетита (7,5%). Также, повышение уровня тревожности вызывала «реакция ожидания» предстоящей операции, зависимость от других, неизвестность, опасения последствий операции, исхода восстановительного периода. Данные клинического обследования подтверждались результатами методики Спилбергера-Ханина, так высокая реактивная тревожность обнаружена в 76,7% случаев, высокая личностная тревожность – в 60%. Тревожно-депрессивные расстройства наблюдались у 22,5% обследованных. По данным HADS клинически выраженная тревога выявлена в 17,6% случаев, клинически выраженная депрессия – у 5,9% обследованных, субклиническая тревога – у 64,7%, субклиническая депрессия – у 29,4%.

Предоперационный период являлся психологически достаточно тяжелым для больного. Его характерные проявления провоцировали развитие различных невротических или фобических расстройств – в частности, кардиофобии или кардионевроза – при этом их симптомы способствовали расширению клинических проявлений сердечной патологии, усиливая признаки существующих нарушений, а также болевые ощущения.

Нами были проведены психокоррекционные беседы в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии перед оперативным вмешательством. Работа заключалась в выявлении и проработке базовых иррациональных установок (Бэк А.), обучению методике самоинструкций и способам ре-

лаксации (Мейхенбаум Д.). Структура беседы строилась исходя из актуальных переживаний, включала в себя поэтапное обучение навыкам самопомощи, поощрение открытого выражения тревоги, страха и других отрицательных эмоций. Пациенты обучались определять интенсивность негативных эмоций, выявлять мысли, вызывающие тревогу и страхи, проверять их реалистичность, изменять, связанные с тревогой убеждения. Производилась дифференциация отдельных эмоций в сложной гамме чувств, возникающих перед операцией, и соответствующего им когнитивного содержания, ставилась задача разведения субъективного состояния и объективной реальности. Пациентов побуждали рассматривать собственные мысли как гипотезы, а не факты реальности, возражать собственным иррациональным убеждениям. Поскольку дисфункциональные мысли, чаще тревожного и катастрофического содержания, и сопряженные с ним неприятные эмоции возникали у больных многократно в течение дня, их обучали постоянному самонаблюдению пусковых ситуаций своих чувств и мыслей. Конечной целью терапии ставилось развитие семантической точности, позволяющей адекватно оценивать реальность. Отдельным этапом при работе с пациентом в предоперационный период является помощь в преодолении страха перед болью. Все пациенты отметили положительный эффект в виде снижения уровня тревоги, напряжения, появление большей уверенности в благоприятном исходе операции.

Таким образом, пациенты хирургических отделений в дооперационном периоде нуждаются в проведении психотерапевтического вмешательства для профилактики и терапии возникающих пограничных психических расстройств. Наиболее эффективным методом в условиях ограниченного времени и преобладания тревожно-фобических расстройств является применение техник когнитивно-поведенческой психотерапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ЖЕНЩИН

Т.С. Раев

Тюменская ОКПБ, г. Тюмень, Россия

В женском отделении на 135 коек количество пациентов страдающих шизофренией составляло 293 (56,0%) в 2011 г. и 335 (55,5%) в 2012 г., большей частью из которых были больные с параноидной шизофренией. На современном этапе раз-

вития психиатрии представляется актуальным видоизменение клинической картины шизофрении, в особенности параноидной формы, удельного веса тех или иных синдромов и симптомов.

Целью исследования явилось установление клинических, синдромологических характеристик у женщин с параноидной шизофренией шубообразным и непрерывным типами течения.

Материал и методы.

Клинико-психопатологическим методом было обследовано 50 женщин с шизофренией, находившихся на лечении в отделении № 6 ОКПБ на период 2011-2012 гг. Средний возраст больных составил $32,2 \pm 2,4$ года, 63% обследованных имели среднее специальное образование, в браке состояли 46%, 58% были инвалидами по психическому заболеванию. Среди обследованных больных с шубообразной шизофренией было 88%, из них депрессивно-бредовый приступ отмечался у 94%, маниакально-параноидный приступ – у 6%. Шизофрения, параноидная форма, непрерывно - прогрессирующий тип течения был диагностирован в 12%.

Результаты исследования.

Самой частой тематикой бредовых идей являлись идеи отношения (75%), преследования (11%), особого значения (8%), физического и психического воздействия (6%). Бред отношения и особого значения чаще возникал в начале заболевания. В окружающем мире больные усматривали угрозу для себя, отмечали изменение отношения к ним на работе. По бредовому начинали интерпретировать различные ситуации, с последующим формированием бреда преследования и воздействия. Больные были убеждены, что являются постоянным объектом пристального наблюдения враждебных им людей. В последнее время по характеру воздействия у больных чаще стала отмечаться фабула «колдовства, магии, сглаза» (10%). Уменьшается выраженность психических автоматизмов, кроме идеаторного компонента, снижается частота встречаемости обонятельных и вкусовых обманов восприятия. Бред порчи и колдовства нередко возникал у лиц с высшим образованием. Значительно увеличился удельный вес бредовых идей религиозного содержания, что в первую очередь связано с изменением социальных ориентиров.

Маниакально-параноидный синдром чаще всего характеризовался бредом величия (62%), изобретательства (17%) и любовный, эротический бред (32%). Нередко отмечалась неадекватность эмоциональных реакций, психомоторное возбуждение.

У обследованных больных преобладали аффективно-бредовые расстройства, преимущественно депрессивно-бредовая симптоматика. Депрес-

сивные расстройства характеризовались чувством безысходности (48%) со страхом перед будущим, бредовыми идеями виновности (54%), греховности (18%), ипохондрического содержания (32%). Отмечается нарастание в структуре клинко - психопатологической картины аффективных расстройств, в том числе тревожных депрессий, что должно найти отражение в будущей классификации психических расстройств. В начале заболевания бредовые идеи касались конкретных лиц и обстоятельств, чаще всего близкого окружения пациента, а в дальнейшем становились более систематизированными и стойкими. При дальнейшем прогрессировании шизофрении бредообразование основывается на аутистических переживаниях пациента, связь с реальной жизнью все больше утрачивается. В структуре аффективных расстройств ведущим являлись тревога, напряженность и подозрительность.

Таким образом, можно сделать вывод о наблюдающемся на современном этапе клинко-психопатологическом патоморфозе параноидной шизофрении у женщин, что отражает многие грани социальной жизни человека в обществе.

СУДЬБА ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВУЮ ДЕПРЕССИЮ

С.В. Совков

Тюменская ОКПБ, г. Тюмень, Россия

Послеродовый период по многим психосоциальным параметрам можно отнести к группе состояний, сопровождающихся высокой стрессовой нагрузкой. Среди факторов, воздействующих на психический статус женщин, безусловно, главным является появление ребенка и начало формирования отношений в диаде «мать-дитя».

Важное значение имеют изменения (чаще повышение) уровня и характера (циркадного ритма) физической нагрузки, изменение гормонального статуса.

Различное сочетание, а так же степень субъективной значимости этих факторов у многих женщин определяет формирование психических нарушений, частота которых в послеродовом периоде составляет по данным различных авторов от 10-20% (Bersani G. и соавт., 2006) до 60-80% (Смуглевич А.Б., 2001; Beck C, 2002; Teissedre F., 2004), что указывает на неоднозначный характер психических нарушений, и различные подходы в оценке регистрируемых изменений отдельными психиатрическими школами.