

повысилась успеваемость, уменьшилась агрессивность, число нервно-психических срывов, что привело к появлению благоприятного психологического климата в классе и желанию у детей ходить в школу. Анкетирование родителей показало позитивное изменение их отношения к детям.

Результаты работы говорят об эффективности разработанного восстановительно-оздоровительного комплекса в реабилитации ЧБД в классах начальной школы: положительное влияние на улучшение познавательных процессов и эмоциональной сферы, что позволяет улучшить качество обучения школьников, увеличить число детей, получающих оценки «4» и «5», нормализовать адаптацию организма.

Литература

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. // Уч. пособ. / Под ред. Л.С.Цветковой.– М.: Изд-во НПО «МОДЭК», 2001 – 272с.
2. Ануфриев А.Ф. и др. Как преодолеть трудности в обучении детей. Психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения.– М.: Изд-во «Ось-89», 1998.– 224 с.
3. Безруких М.М. Здоровьесберегающая школа.– М.: Московский психолого-социальный институт.– 2004.– 204с.
4. Беседина А.А., Сухарева А.Г. Реабилитация школьников, перенесших острые респираторные вирусные инфекции.– К.: Здоровье.1987.– С.72.
5. Белоконов Н. А. //Педиатрия.– 1989.– №1.– С.23–26.
6. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития.– М.: НЦ ЭНАС, 2001.– 136 с.
7. Венгер Л. А. и др. Психолог в детском саду.– М.– 1995.
8. Круглова Н.Ф. Психологическая диагностика и коррекция структуры учебной деятельности младшего школьника.– М.:Московский психолого-социальный институт, 2004.– 248с.
9. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России.– М.: Парогь,1997.–200с.

PSYCHOPHYSICAL PECULIARITIES OF OFTEN SICK JUNIOR SCHOOL AGED CHILDREN

L. M. KOUDEVA, M. M. KHEGAI, A.A. UMANSKAIA

Summary

Complex evaluation of psychophysical status of junior school aged children suffering from often respiratory diseases was performed. Comparative analysis of cognitive level and emotional sphere of children in dependence of frequency annual disease was done. Efficiency rehabilitatory complex to increase the psychophysical status is demonstrated.

Key words: often sick junior school aged children

УДК 616.857/.89

НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ В ВОСТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

С.А.БОЖКО, С.А.ШЕВЦОВ, Ю.А. БЕКЕТОВ*

Актуальность изучения, своевременной диагностики и адекватной терапии психических расстройств невротического уровня обуславливается высокой распространенностью таких расстройств и недостаточной разработанностью проблемы в целом [1, 3–8, 11]. В течение последних лет в связи с целым рядом факторов (социально-психологических, экономических, экологических и др.) идет возрастание показателей невротизации населения [2–3, 7–9, 11]. В последнее время значительно возрос интерес к нелекарственным методам лечения, изучается вопрос их правильного использования и оптимального применения с максимальным эффектом. Активно предпринимаются попытки поиска путей и методов лечения использования всего спектра нелекарственных методов в лечении депрессивных расстройств.

* Кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФДПОП ММА им И. М.Сеченова

Цель исследования – анализ эффективности лечения пограничных психических расстройств депрессивного спектра методом психотерапии в сочетании с рефлексотерапией (акупунктурой) и фитотерапией.

Основная задача – оценка клинической эффективности используемых комплексов методов, что подразумевало избавление пациента от симптомов заболевания и устранение причин этих симптомов. Критериями включения в исследование явились: репродуктивный возраст больных и наличие в структуре психопатологического состояния депрессии невротического уровня, которое развилось в связи с острой или хронической психотравмирующей ситуацией. Критерии исключения из материала исследования: наличие депрессии невротического уровня эндогенного и соматогенного происхождения, неврозоподобных расстройств в рамках органического поражения ЦНС. Также в исследование не включали пациентов с любой клинически значимой соматической патологией.

Проведено клиническо-психологическое, катamnестическое и статистическое исследование. В методы исследования входил набор стандартных тестов: шкала оценки Гамильтона (HDRS - 21 пункт), шкала общего клинического впечатления (CGI), опросник САН. Критериями эффективности для итоговой оценки результатов лечения являлось 50% снижение показателей HDRS показатели «улучшение» или «выраженное улучшение» по CGI, повышение показателей шкалы САН. Оценка проходила до начала лечения, на 14, 21 и 35 день терапии. Контингент составили пациенты в возрасте от 18 до 40 лет с депрессивными расстройствами невротического уровня (197 человека, из них 162 (82.2%) женщин и 35 (17.8%) мужчин). Нозологически она была представлена следующим образом (табл.1)

Таблица 1

Распределение пациентов в группе по МКБ 10

Диагноз по МКБ-10	Пациенты					
	Ж	%	М	%	Σ	%
F32.0 Легкий депрессивный эпизод	69	42.6	6	17.1	75	38.1
F32.1 Умеренный депрессивный эпизод	42	25.9	10	28.6	52	26.4
F43.20 Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации	36	22.2	17	48.6	53	26.9
F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации	15	9.3	2	5.7	17	8.6
Итого:	162	100	35	100	197	100

Примечание: * – достоверные отличия (p<0,05)

Изучаемыми методами нелекарственного лечения явились психотерапия, фитотерапия и рефлексотерапия (акупунктура): основным методом нелекарственного лечения являлась психотерапия (ПТ), а вторым методом лечения были фитотерапия (ФТ) или рефлексотерапия (РТ). Контролем являлись подгруппы, в которых проводилась монотерапия психотерапией. В зависимости от применяемых методов, пациенты каждой группы были разделены методом рандомизации на три сопоставимые части: были сформированы 3 подгруппы, в которых пациенты различались между собой только схемой лечения (табл.2).

Таблица 2

Распределение пациентов в подгруппах в зависимости от получаемого лечения

Деление пациентов на подгруппы		Пациенты чел.
Номер подгруппы	Лечебные сочетания	
1	ПТ + РТ	80
2	ПТ + ФТ	61
3	ПТ	56
Итого:		197

Психотерапия включала в себя: недирективную, каузальную, рациональную, семейную психотерапию, гипнотерапию, обучение техникам аутогенной тренировки. При выборе методов психотерапевтического лечения мы подходили

индивидуально к каждому пациенту, учитывая особенности его личности, роль среды, ситуации, глубину и психопатологическую структуру аффективного состояния, степень дизадаптации. В исследовании использовался метод корпоральной акупунктуры, который проводился по общим правилам. Курс лечения состоял из 10–12 сеансов иглоукалывания в специфические активные корпоральные точки. Выбор точек и метода воздействия определялся индивидуально в зависимости от структуры психопатологического состояния, сомато-вегетативной патологии и клинических проявлений заболевания у конкретного пациента. В основном использовался 2-й вариант тормозного метода.

Метод ФТ подразумевал использование лекарственных сборов. Составляя фитопродпись для нашего исследования, мы исходили из того, что все травы, входящие в фитосбор разрешены к применению и описаны в руководствах, использованные растения доступны и адаптированы для пациентов той местности, где проводилось исследование (средняя полоса России) [6,12] и др.). При составлении сбора учитывался спектр терапевтического действия каждого назначаемого растения, тип психопатологического расстройства, синдромологическая картина конкретного расстройства, имеющиеся в анамнезе соматовегетативные заболевания, наличие или отсутствие противопоказаний и аллергических проявлений. Применение сборов растений базировалось на том, что эффект от приема сборов трав, составленных исходя из необходимых в каждом конкретном случае растений, несравненно выше, влияние его на организм более разностороннее, а действие мягче. [10]. Использованные в исследовании травяные сборы включали в себя, как правило, 5–7 компонентов.

Среди клинических особенностей, характерных для данной группы, выявлялось снижение настроения, общего самочувствия, способности к сосредоточению внимания, самооценки и чувства уверенности в себе. Гипотимия характеризовалась рудиментарными или редуцированными проявлениями депрессивной триады с явлениями грусти, слезливости, невыраженной тоски. Сниженное настроение мало колебалось в течение дней, и часто не было реакции на окружающие обстоятельства. У 32% случаев отмечались характерные суточные колебания. В 19% случаев изменения настроения маскировались симптомами: раздражительностью, чрезмерным употреблением алкоголя, истерическим поведением, обострением пресуществующих фобических или навязчивых симптомов, ипохондрическими идеями. Отмечалась потеря интереса к своим повседневным обязанностям и профессиональной деятельности, сужение круга общения, привычных интересов и увлечений, нарушение сна, снижение аппетита и сексуального влечения. При этом была характерна сохранность основных качеств личности и отражение психогенной ситуации в высказываниях больных. У 43 больных (21,8%) депрессивная симптоматика сочеталась с астенической (присутствовало наличие симптомов вялости, утомляемости, истощаемости, раздражительной слабости, адинамии). Это нашло свое отражение также и в результатах тестирования. Во всех исследуемых подгруппах нарастание лечебного эффекта было достаточно быстрым: уже с третьего дня лечения можно было говорить об отчетливой динамике терапевтического действия. При этом имело место субъективное улучшение настроения, снижение чувства внутреннего беспокойства, равномерная редукция всего симптомокомплекса. Резкое снижение жалоб на соматовегетативные проявления. В целом, во всех подгруппах больные быстро реагировали на терапию, но в дальнейшем этот темп снижался в зависимости от схемы лечения: В первой подгруппе положительная динамика отмечалась на протяжении всего курса лечения. Во второй подгруппе характеризовалось ступенчатостью – нарастание в начале и конце лечения и замедление положительной динамики в середине курса лечения. Пациенты третьей подгруппы, получавшие лечение только методом психотерапии, характеризовались замедлением динамики лечебного эффекта к середине курса лечения. Чем легче была степень депрессии, тем быстрее пациент реагировал на терапевтическое воздействие. При сочетании депрессии с тревожной или астенией, симптомы депрессии редуцировались в последнюю очередь.

В результате проведенного лечения значительно улучшилось самочувствие и настроение пациентов. Положительный эффект был подтвержден динамикой показателей использованных в исследовании стандартных шкал

и тестов с уменьшением выраженности в баллах ($p > 0,05$). К концу курса лечения отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) снижение уровня депрессии по среднему общему баллу шкалы Гамильтона (HDRS- 21) в 1-й, 2-й и 3-й подгруппах с начальных 17.3 до 4.1, 3.7 и 6.7 баллов ($p < 0,05$), а эффективность терапии составила 76.3%, 78.6% и 61.3% соответственно. По показателям шкалы общего клинического впечатления у 91.9% (181 чел.) отмечалось выраженное и существенное улучшение психического состояния. Представленные данные коррелировали также с результатами самооценки шкалы САН (самочувствие, активность, настроение) – для пациентов было характерно повышение оценочных шкал в процессе лечения с 2.5, 2.3 и 3.3 баллов до 4.8, 4.5 и 5.0 соответственно.

Полученные результаты свидетельствуют, что сочетание ПТ с РТ и ФТ является целесообразным и взаимодополняющим. Использование сочетания ПТ и ФТ целесообразно при наличии пролонгированной депрессивной реакции, в случаях депрессии умеренного уровня, у пациентов, в клинической картине которых депрессивная симптоматика сочетается с астенической. Сочетание РТ и ПТ оправдано при наличии депрессивных расстройств средней степени, при наличии в анамнезе кратковременных депрессивных реакций. Пациентам с депрессивными расстройствами легкой степени и незначительным уровнем расстройства адаптации можно рекомендовать метод ПТ в качестве монотерапии. Оценка терапевтической эффективности лечебных методов и анализ динамики депрессивной симптоматики показали, что представленные сочетания обладают широким спектром терапевтической активности и выраженным терапевтическим эффектом. Быстрое нарастание лечебного эффекта, хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов, доступность с практической и финансовой точки зрения позволяют рекомендовать данные лечебные комплексы больным с невротическими расстройствами депрессивного спектра.

Литература

1. *Аведисова А.С.* // Психиатрия и психофармакотерапия.– Т. 5, № 3.– 2003.
2. *Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных.– М.: Медицина, 1988
3. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства.– Р.-на-Дону: Феникс, 1997 – 576 с.
4. *Александровский Ю.А.* Состояния психической дизадаптации и их компенсация.– М.: Наука, 1976.– 272 с.
5. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия.– М.: Медицина, 1985.– 304 с.
6. *Носов А.* Лекарственные растения.–М.: ЭКСМО-Пресс, 2001.– 349 с.
7. *Петраков Б.Д.* // Мат-лы XII съезда психиатров России.– М., 1995.– С. 98–99.
8. *Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д.* Эпидемиология психических расстройств.– М., 1996.– 133 с.
9. *Положий Б.С.* / В кн. Обзор психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева.– 1996.– № 2.– С. 136–143.
10. *Свиридов Г.* Лесной огород.– М.: Молодая гвардия, 1984.– 223 с.
11. *Смлевич А.Б.* / В кн. Депрессии в общемедицинской практике.– 2000.– С. 85–120.
12. *Соколов С.Я., Замотаев И.П.* Справочник по лекарственным растениям (фитотерапия).– М.: Недра, 1987.– 512 с.

COMPLEMENTARY METHODS IN RECOVERING TREATMENT OF DEPRESSION OF NEUROTIC LEVEL

S.A.BOZHKO, S.A.SHEVCOV, YU.A.BEKETOV

Summary

The analysis of literary data points at variety of methods, ways and approaches to treatment of depression of neurotic level. The authors analyze possibility of combined using of psychotherapy and acupuncture or fitotherapy. These combinations can be a strategy of choice in cases of degree of depression in dispensaries conditions.

Key words: acupuncture, psychotherapy, fitotherapy