

обществе. Реабилитационный процесс представляет возможность не только свободы выбора действий, но и создание условий для упражнения и тренировки определенных эмоционально-волевых и нравственно-поведенческих качеств, выполнения общественных требований, соблюдение норм межличностных отношений.

Проводится психокоррекция у пациентов с различными психологическими проблемами, направленная на их решение. Работа проводится как групповая, так и индивидуальная с использованием моделирования соответствующих ситуаций с применением ролевых игр и повторением и закреплением эффективных норм поведения. Выбор метода и техники групповой работы зависит от цели воздействия, проблем и личностных особенностей пациентов.

В работе используются:

1) группы социально-психологического тренинга, которые по своему целевому назначению составляют:

- группы развития коммуникативных навыков;
- группы межличностных отношений (разбор и анализ конфликтных ситуаций)
- группы тренинга ассертивного поведения (тренинг уверенного поведения)

2) группы самопомощи

3) группы совместной деятельности, самовыражения.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У КОМБАТАНТОВ

С.А. Колов

Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн

E-mail автора: kind20@mail.ru

С конца XX века психопатологические изменения у комбатантов предложено оценивать в рамках посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), при этом многие клиницисты отмечают, что такой подход клинического описания не охватывает все индивидуальные эффекты, возникающие после подвергания боевому стрессу. Подчеркивается отчетливо экзогенная природа ПТСР (т.н. модель резидуального стресса), но совершенно отсутствует какая-либо характеристика динамики болезни, особенностей ее течения в зависимости от длительности воздействия стрессоров и/или варианта психической травмы. У большинства пациентов с диагнозом текущего ПТСР одновременно обнаруживается соответствие критериям еще одной или нескольких диагностических рубрик. Наиболее часто военные ПТСР сочетаются с аффек-

тивными расстройствами, обычно это большая депрессия и тревожные расстройства.

С целью изучения особенностей возникновения и развития симптомов боевого ПТСР нами было проведено изучение этого заболевания в отдаленном периоде боевого стресса.

Материалы и методы.

Было обследовано с их добровольного согласия 440 комбатантов (средний возраст $39,7 \pm 0,7$ лет). При клинко-anamnestическом методе исследования было использовано клиническое структурированное интервью, разработанное на основе классических критериев ПТСР МКБ-10 и DSM-IV, с целью объективизации клинических данных, а также количественного учета признаков, наличие симптомов и уровня ПТСР выявляли с помощью «Миссисипской шкалы посттравматических стрессовых реакций (военный вариант)», Шкала выраженности боевого стресса (CES), оригинальные клинические шкалы «Многомерная оценка гнева» и «Шкала агрессивного поведения», а также Я-структурный тест Г. Аммона. Для уточнения всех взаимосвязей симптомокомплекса ПТСР был проведен корреляционный анализ с помощью коэффициента Пирсона с выделением существенных, наиболее сильных связей на основе метода корреляционных плеяд ($0,227 < r < 0,675$, $p < 0,01$) между различными значимыми факторами, связанными с ПТСР.

Результаты и их обсуждение.

Выявлено наличие полного спектра признаков ПТСР у 19,5% ($n=109$). При этом симптомы ПТСР на субклиническом уровне обнаруживались у всех ветеранов. Чаще всего отмечались симптомы физиологической гипервозбудимости (68,1%), далее симптомы эхомнезий-интрузии (20,6%), реже симптомы избегания-протрузии (11,3%). Медицинская модель ПТСР, как в МКБ-10, так и DSM-IV-R, предполагает, что возникновение и эскалация ее симптомов должно зависеть от выраженности и времени экспозиции боевого стресса (БС). В нашем исследовании это положение подтвердилось лишь частично. Показатель БС обнаружил слабую положительную корреляцию с ПТСР ($r=0,227$). Самая сильная положительная корреляционная взаимосвязь была обнаружена с состоянием патологического гнева ($r=0,675$). Чем выше общие показатели дисфункционального гнева, тем больше выраженность симптомов ПТСР, и наоборот.

Таким образом, аффект гнева играл ведущую роль в феномене ПТСР у комбатантов. Он выполнял функцию осевого симптома, вокруг которого выстраивались все остальные признаки, и на силу которых он влиял. Эмоциональная дисрегуляция гнева напрямую влияла на усиление психопатологических симптомов относящихся к кластеру гиперреактивных симптомов из ПТСР, а также таких

признаков как инсомния, военное чувство вины выжившего, которое усиливается после каждого гневных «вспышек», специфические нарушения памяти и т.п.

Неотъемлемой частью структуры ПТСР помимо патологического гнева являлось агрессивное поведение (АП) комбатантов и агрессивные деструктивно-дефицитарные части Эго комбатантов (АП $r=0,408$, деструктивная агрессивность $r=0,451$, дефицитарная агрессивность $r=0,400$). Чем больше были дефекты личностного развития в форме блокирования и извращения нормальных форм проявления конструктивной агрессии, тем больше была вероятность развития признаков ПТСР. Возникающие психопатологические симптомы усиливали личностный дефект. АП являлось одним из главных факторов психо-социальной адаптации, действие его на усиление признаков ПТСР могло быть прямым, например, за счет оживления в памяти эпизодов военной агрессии, часто до flashbacks и т.п., и опосредованным, связанным со снижением социальной поддержки. образом, ПТСР в отдаленном периоде БС является производным от многих факторов: личностных, социальных, поведенческих.

Заключение.

Таким образом, ПТСР у комбатантов весьма существенно отличается от общепринятых классификационных критериев: малой зависимостью от БС, выраженной аффективно-стрессовой дисрегуляцией с интенсивным патологическим гневом, а также клинически значимыми проявлениями агрессивного поведения. Полученные данные определяют необходимость существенного дополнения или коррекции критериев диагностики военного ПТСР или рассмотрения боевых ПТСР в качестве особого клинического варианта.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ КАК СРЕДСТВО ОПТИМИЗАЦИИ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

А.Г. Крупкин

Московский ГМСУ

E-mail автора: rstar@list.ru

В связи с большой частотой депрессивных расстройств разного уровня у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2), особую важность приобретает проблема ранней диагностики депрессии и своевременного назначения адекватной антиде-

прессивной терапии. Врачи общего профиля не всегда распознают так называемую «скрытую» депрессию с преобладающими соматовегетативными расстройствами, ипохондрией, нарушениями сна, относя эти симптомы к проявлениям основного заболевания. Считается, что незамеченными у больных СД2 проходят 3 из 4 случаев депрессии, что ведет к ухудшению течения СД2, к нарушениям диеты, режима приема препаратов и, в конечном итоге, к неблагоприятному прогнозу.

Цель исследования: обосновать эффективность применения психометрических шкал для оценки психического состояния больных сахарным диабетом типа 2 для последующего подбора эффективной антидепрессивной терапии.

Материал и методы.

Исследование проведено в 2010-11 годах на базе Психиатрической больницы №15. Всего обследовано 20 больных с диагнозами рекуррентное депрессивное расстройство (F33), органическое астеническое расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.3), депрессивный эпизод, впервые выявленный (F32). 10 больных составляли группу с сопутствующим сахарным диабетом типа 2 (1 группа), другие 10 пациентов (без СД2) составляли контрольную группу (2 группа). Оценка состояния больных проводилась с использованием психометрического метода — шкал HDRS-21 (Шкала Гамильтона для оценки депрессии, Hamilton M., 1967) и CGI-S (Шкала общего клинического впечатления, тяжесть заболевания, Guy W., 1976).

Результаты исследования: выявлено, что шкала HDRS является простым и надежным методом оценки аффективного статуса больных с коморбидным СД2. Распространенность этой шкалы в клинической практике, наличие общедоступных руководств по ее использованию обуславливает возможность ее применения клиницистами, не имеющими психиатрического образования. Средний балл (24) по шкале HDRS в первой группе больных оказался выше, чем во второй группе (19), что может указывать на относительно тяжелое течение депрессивных расстройств у больных СД2. В первой группе у всех больных отмечалось преобладание нескольких пунктов шкалы над прочими — бессонница, соматическая тревога, общие соматические симптомы и снижение работоспособности, которые квалифицировались как сильные и очень сильные в 80% случаев, в то время, как во второй группе общий балл формировался за счет средних и легких оценок в 15 пунктах. Такие данные позволяют осуществлять подбор антидепрессивной терапии с учетом влияния препаратов на отдельные компоненты депрессии.

Средний балл по шкале CGI-S в первой группе (5 баллов) также выше среднего балла второй группы (3 балла). Кроме того, при ретроспективной оценке заболевания отмечено значительное ухудшение субъективного отношения больных к