

от остеохондроза, синдрома позвоночной артерии, вегето-сосудистой дистонии. В ряде случаев псевдоангинозные, псевдоастматические, висцеральные нарушения напоминают вегето-сосудистую дистонию диэнцефального характера (диэнцефальный вариант скрытой депрессии).

При агрипническом варианте единственное и основное проявление – это расстройства сна. Сон качественно изменен, с пробуждениями, с ранним пробуждением в предутренние часы, или отсутствием чувства сна, сон прерывистый с неприятными сновидениями, раннее пробуждение с затрудненным, требующим волевого усилия мучительным подъемом, либо повышенной сонливостью (гиперсомнией). При этом больные отрицают у себя снижение настроения, депрессию.

Обсессивно-фобический вариант проявляется различными навязчивостями, страхами, опасениями. Наркотический вариант – стремлением к алкоголизации, к псевдозапойм.

Определить депрессивное состояние позволяет ряд симптомов: чувство повышенной утомляемости, слабости со снижением витального тонуса, витальный оттенок сниженного настроения ("тяжесть на душе, сердце ноет, шемит, сдавливает"), ощущением упадка сил, явления двигательного беспокойства до развития ажитированного состояния или психомоторной заторможенности с возникновением субступорозных и ступорозных состояний, пессимистическая настроенность, самоупреки, чувство вины, идеи самообвинения, самоуничтожения, потеря сна, потеря интереса к своим обязанностям и профессиональной деятельности, снижение концентрации внимания, трудности в переработке новой информации и осуществления выбора, снижение сексуального влечения, потеря массы тела, запоры, нарушение менструального цикла, изменения артериального давления и пульса.

Наличие хотя бы пяти из перечисленных симптомов в сочетании со сниженным настроением при длительности болезни более двух-трех недель является вполне достаточным для диагностики скрытой депрессии.

Лечение скрытой депрессии, согласно рекомендации В.Ф. Десятникова, следует проводить в три этапа. На первом этапе больным назначают малые дозы антидепрессантов с седативным действием (пиразидола, амитриптилина, лудиомила, леривон) в сочетании с малыми дозами транквилизаторов (седуксен, сибазон, реланиум, элениум, феназепам) с постепенным увеличением кратности приема и дозы. Подключаются

препараты для стабилизации вегетативных проявлений – эглонил. На втором этапе на основе анализа скрытых аффективных расстройств проводится терапия собственно депрессивных расстройств в зависимости от типа (меланхолического, астенического, апатического, астенического, тревожного и др.). В некоторых случаях используют нейрелептики с выраженным гипнотическим эффектом: пропазин, хлорпротиксен, тиоридазин (сонапакс), терален. На третьем этапе проводят терапию резидуальной симптоматики заболевания с постепенным снижением и отменой препаратов. По наблюдениям В.Н. Синицкого, при скрытой депрессии эффективны применение небольших доз финлепсина (по 100 мг 2-3 раза в день) или карбоната лития (по 300 мг 2-3 раза в день) в сочетании с небольшими дозами антидепрессантов. Назначается терапия гомеостатических сдвигов, и параллельно проводится психотерапия. Применяют не лекарственные методики, действующие на депрессивный радикал – депривация сна. Депривация (лишение) сна – метод тем более эффективный, чем грубее выражены депрессивные расстройства. Депривация сна может быть самостоятельным методом лечения больных с последующим переходом к антидепрессантам. Методика благополучно применяется и у больных, резистентных к фармакотерапии, а также для улучшения возможностей фармакотерапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭСТ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.В. Третьяков, К.Г. Кудымова

ПНД РО г. Новочеркасск

E-mail авторов: kudymova_christina@mail.ru

Большинство исследований по изучению применения электросудорожной терапии у пациентов пожилого возраста с шизофренией проводились в течение 1950-х и 1960-х годов.

На настоящий момент имеется достаточно данных, обосновывающих целесообразность проведения ЭСТ у возрастных пациентов.

За последние десятилетия применения ЭСТ в отечественной и зарубежной психиатрической практике выработались определенные взгляды на эту проблему, которые в настоящее время можно считать общепринятыми.

1. Пожилым возраст не является противопоказанием для ЭСТ. ЭСТ может использоваться у пожилых вне зависимости от возраста

2. Для пожилых людей, при наличии показаний, ЭСТ является предпочтительным видом лечения по сравнению с психофармакотерапией. Так же опыт показывает, что ЭСТ имеет меньший риск нежели некоторые формы психофармакотерапии. Некоторые исследования показали, что эффект ЭСТ связан с возрастом пациента. Пожилые пациенты лучше отвечают на ЭСТ, чем молодые.

3. В пожилом возрасте чаще, чем в молодом, встречаются состояния, избирательно чувствительные к ЭСТ.

4. Исходный когнитивный фон у пожилых, как правило, хуже, чем у молодых, и у них можно ожидать хоть и недолгих, но более выраженных когнитивных и, в частности, мнестических нарушений. На протяжении курса может возникнуть временное ухудшение когнитивных функций, которые обычно восстанавливаются до исходного уровня к моменту его окончания.

5. В общей массе судорожный порог у пожилых выше, чем у молодых и, поэтому, пожилым требуются более высокие дозы электростимуляции во время сеансов ЭСТ.

6. У пожилых, как правило, больше сопутствующих соматических заболеваний, чем у молодых. Поэтому любое биологическое лечение, в том числе ЭСТ, сопряжено с некоторым увеличением риска, что нужно учитывать при проведении ЭСТ.

7. Чем лучше ответ на ЭСТ у пожилых пациентов, тем реже требуется проводить сеансы для достижения ремиссии.

В нашей клинической практике мы использовали ЭСТ в терапии 7 пациентов в возрасте 60-73 лет. В клинической картине у 3-х пациентов отмечался депрессивно-параноидный синдром в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении. В четвертом случае ЭСТ применялась в терапии синдрома Котара в рамках парафренного этапа непрерывнотекущей параноидной шизофрении. Два случая тяжелой затяжной резистентной депрессии психотического уровня с выраженным витальным компонентом. А так же при кататоно-параноидном синдроме с выраженным психомоторным возбуждением и агрессией у пациента с непрерывнотекущей параноидной шизофренией, близкой к злокачественному течению. У всех пациентов отмечался высокий уровень психофармакорезистентности с предварительным длительным и интенсивным

курсом медикаментозной терапии. Во всех случаях наблюдалась сопутствующая соматическая патология в стадии компенсации. ЭСТ проводилась под динамическим наблюдением терапевта. Курс состоял из 5-20 сеансов. В 100% случаев отмечалась выраженная положительная динамика. В первую очередь наблюдалось снижение уровня психофармакорезистентности и непосредственная редукция аффективных нарушений, что уже с первых сеансов существенно облегчало субъективное состояние пациентов, разительно отражалось на их психическом статусе, а так же облегчало возможность подбора адекватных доз препаратов. В случаях депрессивной и депрессивно-параноидной симптоматики удалось достичь достаточно стойких ремиссий с переходом на поддерживающие дозы нормотимиков и нейролептиков. Отмечалось полное купирование возбуждения и агрессии при кататоно-параноидном синдроме с упорядочиванием поведения, после чего пациент, находящийся в стационаре по психическому состоянию без выписки несколько лет, был забран домой родственниками, где пробыл в относительно стабильном состоянии 6 месяцев. В случае синдрома Котара мы наблюдали дезактуализацию нигилистических идей у пациента, нормализацию настроения и превалирование в клинической картине подострого параноидного синдрома с выраженным эмоционально-волевым дефектом. Нами не было отмечено существенных изменений в когнитивной сфере пациентов. Отмечались преходящие умеренно-выраженные мнестические расстройства, которые полностью исчезали после курса ЭСТ. Полное восстановление памяти наблюдалось в течение 3-4 недель после окончания ЭСТ.

Хочется отметить, что за весь курс ЭСТ ни у одного из пациентов не отмечалось декомпенсации соматической патологии, наблюдались лишь незначительные функциональные сдвиги в состоянии (повышение АД, головные боли, желудочковая тахикардия), легко купирующиеся своевременным терапевтическим вмешательством.

Таким образом, в ходе проделанной работы, были сделаны следующие выводы:

1. Проведение ЭСТ дало выраженную положительную динамику у всех пациентов пожилого возраста за счет преодоления психофармакорезистентности и непосредственного инцизивного действия на психопродуктивную симптоматику.

2. Не отмечалось значимых изменений в когнитивной сфере пациентов. Были зафиксированы временные, полностью обратимые изменения в интеллектуально-мнестической сфере.

3. Не было выявлено ни одного случая декомпенсации соматического состояния при проведении курса ЭСТ.

На наш взгляд, малый объем выборки влияет на достоверность результатов, однако, учитывая наличие положительного опыта в личной клинической практике и данных литературы, считаем целесообразным дальнейшее проведение ЭСТ в геронтопсихиатрии с последующим более подробным изучением данного вопроса.

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

М.Г. Фомушкина

Тюменская ОКПБ

Агрессивное поведение является одним из распространенных феноменов у подростков, как в общей популяции, так и в психиатрической клинике. Раннее выявление агрессивных тенденций и комплексное их лечение при расстройствах поведения у детей и подростков является актуальной задачей профилактики криминальной направленности несовершеннолетних. Однако точная квалификация и ранняя диагностика агрессии часто затруднительна, что обусловлено многообразием ее проявлений, зависимостью от возрастных особенностей психики подростков, отсутствием четких критериев патологических и непатологических форм агрессивного поведения.

С целью изучения особенностей агрессии при расстройствах поведения (F91) у подростков на базе Тюменской областной клинической психиатрической больницы было обследовано 90 пациентов (14-16 лет) (68 – мужского и 22 – женского пола), общим интеллектуальным показателем по шкале Векслера не ниже 71 балла. Использовался клинко-психопатологический метод исследования, оценивалось поведение подростка в семье, учебной среде, среди сверстников, а также его морально-этические аспекты.

По данным исследования большинство подростков (73,3%) проживали в условиях дисгармоничной семейной атмосферы: в неполных,

малообеспеченных семьях, где вместо отца был отчим; родители имели асоциальную направленность, нередко физически наказывали детей. Остальные несовершеннолетние пребывали в учреждениях интернатного типа. 61,4% обследованных, также как их родители, использовали в речи нецензурные выражения, конфликтовали с окружающими. При общении со сверстниками 42,2% пациентов не могли себя сдерживать, чтобы не подражаться с обидчиком; 31,1% – первыми начинали ссору. За совершение правонарушений к уголовной ответственности привлекалось 37,8% подростков, 84,4% пациентов курили сигареты, 67,8% эпизодически употребляли алкоголь, 40% пробовали вдыхание средств бытовой химии, 11,1% – наркотические вещества.

Были выявлены следующие мотивации агрессивного поведения несовершеннолетних: в большинстве случаев, это отсутствие интереса, внимания и одобрения окружающих, в первую очередь – собственных родителей, к подростку; а также, развитие у него состояния фрустрации в ответ на отсутствие родительской любви при постоянном применении наказаний со стороны либо одного, либо обоих родителей.

При анализе данных клинического интервью выделены следующие виды агрессивного поведения: физическая агрессия, которая преобладала в раннем подростковом возрасте (10-11 лет), с 14-15 лет присоединялась вербальная агрессия. При расстройствах поведения в среднем подростковом возрасте оба вида агрессии были выражены одинаково, хотя в норме у подростков, вербальная агрессия преобладает над физической. У девочек наиболее частой формой агрессии оказался негативизм – оппозиционная манера поведения, проявляющаяся пассивным или активным сопротивлением против действующих правил, норм, обычаев. Спонтанная агрессия – самопроизвольная агрессия, не являющаяся прямой реакцией на ситуативное воздействие, составила 27,7%. У 12,2% подростков наблюдалась так называемая косвенная агрессия – агрессия, окольным путем направленная на другое лицо. Редко встречались подростки с инструментальной агрессией – агрессия, при которой причинение вреда другим является не самоцелью, а средством достижения какой-либо иной цели. У некоторых подростков с физическим видом агрессии наблюдались включения аутоагрессивного поведения (прижигание кожных покровов сигаретой, удары кулаком о стену или другую твердую поверхность).