

С целью диагностики наличия депрессивного расстройства и оценки степени выраженности депрессивной симптоматики использовали шкалу CDRS-R для детей 6—12 лет. Для изучения уровня тревожности у обследованных использовали методику «Выявление уровня тревожности у подростков», включающую шкалу школьной, самооценочной и межличностной тревожности. Оценка эмоционального состояния осуществлялась в двух временных периодах: за семь дней до перевода часов на летнее время и через семь дней после.

До перевода часов на летнее время депрессивные расстройства регистрировались у 20,0 % исследованных. Ведущими клиническими симптомами были: подавленное настроение (100,0 %), чрезмерная утомляемость (100,0 %), ухудшение успеваемости (78,7 %), нарушение сна (78,1 %), раздражительность (77,9 %), нарушение аппетита (74,9 %). По шкале школьной тревожности нормальный уровень регистрировался у 46,5 % обследованных, несколько повышенный — у 25,0 % исследованных, соответственно; высокий уровень — у 17,2 % обследованных; очень высокий — у 2,3 % исследованных и чрезмерное спокойствие отмечалось у 9,0 % обследованных. По шкале межличностной тревожности нормальный уровень регистрировался у 47,3 % обследованных, несколько повышенный — у 22,0 % исследованных, высокий уровень — у 11,7 % обследованных; очень высокий — у 7,9 % лиц; чрезмерное спокойствие отмечалось у 11,1 % исследованных.

После перевода часов на летнее время депрессивные расстройства зафиксированы у 31,2 % обследованных. В клинической картине преобладали: подавленное настроение (100,0 %), чрезмерная утомляемость (100,0 %), ухудшение успеваемости (91,2 %), нарушение сна (94,1 %), нарушение аппетита (89,9 %), раздражительность (88,4 %), жалобы на состояние здоровья (77,1 %), чрезмерная плаксивость (73,2 %), гипоактивность (68,9 %). По шкале школьной тревожности нормальный уровень регистрировался у 8,5 % обследованных, несколько повышенный — у 45,2 % исследованных; высокий уровень — у 29,5 % обследованных; очень высокий — у 9,3 % исследованных и чрезмерное спокойствие отмечалось у 7,5 % обследованных. По шкале межличностной тревожности нормальный уровень регистрировался у 33,3 % обследованных, несколько повышенный — у 38,2 % исследованных, высокий уровень — у 13,7 % обследованных; очень высокий — у 8,2 % лиц; чрезмерное спокойствие отмечалось у 6,6 % исследованных.

Сравнительный анализ интенсивности депрессивной симптоматики и уровня выраженности общей тревожности на первом и втором этапах исследования показал их достоверно более высокую степень выраженности после перевода часов на летнее время ($p < 0,05$). Так, до перевода часов на летнее время высокая степень выраженности клинических симптомов регистрировалась у 15,4 % исследованных, умеренная — у 32,6 %; после перевода часов на летнее время — у 27,7 % и у 55,1 %, соответственно; средний балл по шкале общей тревожности до перевода часов на летнее время составлял 70,1 балла, что соответствовало несколько повышенному уровню, после перевода — 87,7 балла, что указывало на высокий уровень.

УДК 616.831-008.47:159.96:001.8

Дяченко І. Б.

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ У ПІДЛІТКІВ ІЗ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ТА ЇХ АБІЛІТАЦІЯ

На основі системного міждисциплінарного підходу до вивчення порушення формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією визначено його причини, умови й механізми розвитку.

Предметом багатфакторного аналізу стали матеріали обстеження й лікування 259 підлітків чоловічої статі з мозковою дисфункцією й емоційно-поведінковими розладами віком від 10 до 18 років.

Дослідження психічного стану підлітків із мозковою дисфункцією дало змогу виявити наявні в них порушення формування особистості й класифікувати їх у такий спосіб:

I. Типи порушення формування особистості збудливого кола (67 ± 3 %): 1) лабільний (42 ± 3 %); 2) агресивний (30 ± 3 %); 3) сексуально-фіксований (14 ± 3 %); 4) розгальмований (10 ± 3 %); 5) істероїдний (4 ± 2 %).

II. Типи порушення формування особистості гальмівного кола (33 ± 5 %): 1) апатичний (69 ± 6 %); 2) шизоїдний (18 ± 5 %); 3) параноїдний (13 ± 4 %).

Показано механізми трансформації акцентуації характеру в розлади особистості за органічним типом, зв'язки особистісних

відмінностей підлітків і наявних у них емоційно-поведінкових розладів із вихованням, яке вони здобувають у родині. Доведено взаємозв'язок психологічних, клініко-неврологічних, електроенцефалографічних та нейровізуалізаційних змін головного мозку у підлітків із мозковою дисфункцією за різних типів порушення формування особистості й визначено взаємозв'язок між наявними в підлітків психологічними та електроенцефалографічними змінами залежно від типу порушення формування особистості. Показано роль психогенних, соціогенних, негативних соціально-психологічних і соматогенних чинників у порушенні формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією.

Комплекс проведених досліджень дозволив виокремити у підлітків основні патогенетичні механізми розвитку порушення формування особистості за органічним типом та провести їх рівневу стратифікацію.

I. Нейробиологічний рівень детерміновано неспецифічною органічною переддиспозицією.

II. Соціальний рівень репрезентовано такими чинниками:

- 1) мікросоціальні:
 - сім'я,
 - інститут навчання та виховання,
 - соціально-референтні групи;
- 2) макросоціальні.

III. Психологічний рівень містить:

- 1) індивідуально-психологічні характеристики,
- 2) емоційний стан,
- 3) ставлення до своєї хвороби,
- 4) характеристики полорольової поведінки,
- 5) особливості психосексуального розвитку.

Виявлені в проведеному дослідженні закономірності процесу формування в підлітків із мозковою дисфункцією розладу особистості та його проявів були покладені в основу системи абілітації хворих з даною патологією й були прогностичними критеріями ефективності його корекції. Ці заходи проводилися із урахуванням не тільки виявлених типів порушення формування особистості, але і встановлених механізмів їх розвитку.

УДК 616.895.8+616.89-008.1-056.83

Двирський А. А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

О БЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ МАНЬЯНА — ГРЕТЕРА

При описании манифестных проявлений шизофрении в сочетании с алкогольным делирием В. А. Гиляровский (1935) отмечал, что эти случаи часто заканчиваются хорошей ремиссией. Автор указывал, что в 1909 году К. Graeter впервые описал особенности алкогольного делирия в дебюте шизофрении. В. А. Гиляровский (1935) предложил их обозначать как «алкогольные дебюты шизофрении». В последующем шизофрения, проявившаяся после алкогольного делирия, стала называться гретеровской шизофренией (В. М. Блейхер, 1984; И. Стоименов и др., 2003).

Профессор Харьковского университета П. А. Бутковский (1834) при описании бешенства, соответствующего параноидной шизофрении, впервые указал на возможность его сочетания с «горячками от вина». В дальнейшем описывались клинические проявления алкогольного делирия и следующих после него бредовых психозов, соответствующих параноидной шизофрении (Ф. И. Герцог, 1835; Moreau de Tours, 1859; V. Morel, 1859; 1860; Laborde, 1872; V. Magnan, 1874).

В 1874 году в монографии «Алкоголизм» В. Маньян выделил отдельную главу, в которой представил клинические особенности алкогольного делирия и хронического бреда с этапным течением, соответствующим параноидной прогрессивной шизофрении. В. Маньян (1874) первым указывал, что хроническая алкогольная интоксикация снижает сопротивляемость мозга и способствует выявлению помешательства. При исследовании хронического бреда с этапным течением В. Маньян (1893) отмечал, что трансформации бреда преследования в бред величия способствует ослабленный алкоголизмом интеллект.

Приведенные факты свидетельствуют о приоритете и значительном вкладе В. Маньяна (1874, 1893) в исследование проблемы шизофрении, сочетающейся с алкогольным делирием. Эти варианты шизофрении следует обозначать «шизофрения Маньяна — Гретаера».

Целью исследования явилось изучение течения шизофрении, коморбидной с алкоголизмом, и у больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий

Начиная с первой половины XX века, ряд исследователей полагают, что сопутствующий алкоголизм оказывает благоприятное влияние на течение шизофрении (В. А. Гиляровский, 1935; И. В. Павлова, 1957; С. Г. Жислин, 1965; Г. М. Энтин, 2002). В последующем преобладали утверждения о неблагоприятном течении шизофрении в сочетании с алкоголизмом (V. Magnan, 1893; E. Bleuler, 1908; T. Kosten, 1997; Н. В. Лядков и др., 1997; В. Б. Альшулер, 1999; К. Д. Малков, 2000; Г. А. Приб, 2008).

У 398 больных шизофренией, коморбидной с алкоголизмом, в сравнении с 404 больными шизофренией без сопутствующего алкоголизма, обнаружено частое проявление заболевания в возрасте 20—24 лет (29,6 %), преобладание непрерывного течения (52,5 %) и простой формы (19,6 %) ($p < 0,001$).

У больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий, В. А. Гиляровский (1935) первым отметил формирование высококачественной ремиссии. При описании двух таких пациентов А. Н. Молохов (1936), помимо благоприятного течения шизофрении, обнаружил у них онейроидные расстройства, которые назвал «шизофреническим делирием».

У 182 больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий, в сравнении с контролем, эндогенный процесс протекал доброкачественно. У них шизофрения преимущественно проявлялась в возрасте 35—54 лет (50,6 %), доминировала параноидная формы (97,3 %), часто обнаруживалось ремиттирующее течение (23,1 %) и онейроидные состояния (10,4 %) ($p < 0,001$).

Таким образом, впервые установлено, что шизофрения с перенесенным алкогольным делирием преимущественно проявляется в позднем возрасте параноидной формой и протекает доброкачественно, с частыми онейроидными расстройствами. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом, чаще проявляется в возрасте 20—24 лет, при ней преобладают простая форма и непрерывное течение.

УДК 616.895.8:612.6.05

Двирский А. Е.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОМОРФОЗА ШИЗОФРЕНИИ
(по материалам эпидемиологических исследований
с 20-летним интервалом)**

Исследование современных тенденций видоизменений проявлений шизофрении, называемых патоморфозом, относится к числу актуальных проблем психиатрии (ВОЗ, 1995; Д. Д. Орловская и др., 2000; А. Е. Двирский, 2004). В последние годы отмечаются негативные проявления современного патоморфоза шизофрении (В. Б. Вильянов и др., 2005). Изучение патоморфоза шизофрении перспективно проводить на основе эпидемических исследований, которые, по утверждению Р. Флетчер и соавт. (1998), являются основой доказательной медицины и трансформировались в «доказательную психиатрию» (J. Frederick и др., 2001).

Целью исследования явилось сопоставление возраста начала и клинических проявлений шизофрении по материалам эпидемических исследований в одном регионе Крыма, проводимых с 20-летним интервалом, в 1985 и 2005 годах.

Проведено сопоставление возраста начала манифестных проявлений по 9 возрастным градациям, соотношения форм и типов течения шизофрении по материалам эпидемических исследований, проводимых в 2005 г. при обследовании 637 больных шизофренией, проживающих в двух районах г. Симферополя (А. А. Двирский и др., 2010) и в 1985 г. у 1270 больных шизофренией, проживающих в этом городе (А. Е. Двирский, 1985). Отечественные и международные критерии диагностики шизофрении, ее форм и типов течения в отмеченные периоды не подвергались существенным изменениям.

Клинические проявления шизофрении современного периода, как и в период 20-летней давности, не обнаружили отличий в возрасте начала манифестных проявлений этого эндогенного психоза и в частоте непрерывного типа течения. В современном периоде преобладает в 2,2 раза частота ремиттирующего течения (12,5 % в сравнении с 1985 г. (5,6 %) ($p < 0,001$). Это обусловлено снижением в 1,1 раза частоты приступообразного типа течения в изучаемом периоде (44,3 %) по отношению к сопоставляемому периоду (50,5 %) ($p < 0,05$). В настоящем периоде параноидная форма (88,1 %) в 1,1 раза чаще, а кататоническая (2,5 %) встречается 2,8 раза реже в сравнении с периодом 20-летней давности, где эти величины составляли 82,7 и 7,1 % ($p < 0,01$).

Современные клинические характеристики патоморфоза шизофрении имеют позитивную направленность, характеризующуюся повышением частоты ремиттирующего течения за счет снижением приступообразного течения, а увеличение параноидной формы обусловлено снижением частоты кататонической формы. Эти факты опровергают утверждение (В. Б. Вильянов и др., 2005) о негативном проявлении современного патоморфоза шизофрении, представленном увеличением частоты параноидной шизофрении с непрерывным течением.

Наиболее распространенная трактовка патоморфоза шизофрении как благоприятных изменений ее клинических проявлений в результате фармакотерапии не убедительна. Такие важные характеристики как возраст начала манифестных проявлений, их особенности, повышение частоты параноидной и снижение простой и кататонической форм определяются до начала фармакотерапии и не могут быть обусловлены ею.

Согласно клинко-генетической концепции патоморфоза шизофрении ее благоприятному течению способствовало изменение генетической характеристики популяции, обусловленной усилением миграционных процессов, увеличением частоты гетеролокальных межнациональных браков, обуславливающих повышение степени гетерозиготности и снижение количества генов в гомозиготном состоянии в шизофреническом генокомплексе. Этому также способствует применение фармакотерапии и реабилитационных мероприятий, повышение уровня жизни, образования, социально-культурные воздействия (А. Е. Двирский, 1981, 1985).

Таким образом, благоприятные изменения клинических проявлений шизофрении, называемые патоморфозом, обнаружены в 60-х годах 20 века и сохраняют позитивную направленность в современном периоде.

УДК 616.89

Дзюба А. Н., Орлова О. С.

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

**КОГНИТИВНЫЕ И АФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ
(ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ. НОРМА И ПАТОЛОГИЯ)**

Не менее половины пациентов, обращающихся за врачебной помощью, составляют лица пожилого и старческого возраста. Одной из самых распространенных жалоб, которые предъявляют пожилые пациенты, являются жалобы на снижение памяти и уменьшение умственной работоспособности. По статистике до 75 % лиц старше 65 лет не довольны своей памятью. Из них не менее чем у половины нарушения памяти и других когнитивных функций подтверждаются объективно, с помощью нейропсихологических методов исследования (Kral W. A.).

Абсолютно здоровый пожилой человек является сегодня исключением. Большинство тех, кому за 65, имеют одно или несколько хронических неврологических и соматических заболеваний. Тем не менее в нейрогерiatrics существует представление о так называемом нормальном старении — закономерных инволютивных изменениях головного мозга, допустимых в пожилом возрасте и не являющихся основанием для какого-либо диагноза.

К нормальным возрастным изменениям относят небольшое ослабление памяти, внимания и других когнитивных функций. В наибольшей степени страдает быстрота реакции на внешние стимулы и способность длительное время концентрировать внимание. Поэтому мышление лиц пожилого возраста становится несколько замедленным. Пожилым лицам нужно больше времени для выполнения различных когнитивных заданий, они быстрее устают. С возрастом отмечается также уменьшение объема оперативной памяти, что снижает способность к обучению и усвоению новых знаний и навыков. Еще один типичный для пожилых лиц когнитивный симптом — трудности перехода с одного этапа когнитивной деятельности на следующий этап. В результате этого пожилые люди менее склонны менять стратегию своего поведения и, следовательно, они становятся более консервативными (Яхно Н. Н., Лавров А. Ю., Маньковский Н. Б., Минц А. Я., Циосон J. O., Potter J. F.).

Концепция возрастных нарушений памяти неоднократно вызвала критику в связи с исключительным акцентом на мнестических расстройствах.

Таким образом, в мировой практике допускается, что естественные инволютивные изменения головного мозга могут быть причиной клинически значимых когнитивных нарушений.

Депрессия может быть причиной как субъективного ощущения снижения памяти, так и объективного нарушения