

*Санкт-Петербургская городская
психиатрическая больница №1
им. П. П. Кащенко*

*Кафедра психотерапии и сексологии
Северо-Западного государственного
медицинского университета
им. И. И. Мечникова*

Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии

Выпуск IV

Санкт-Петербург

2017

УДК 615.851

**Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск IV.
Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Издательство «Таро», 2017.
– 340 с.**

Настоящее издание приурочено к IV научно-практической конференции, организованной кафедрой психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова и Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии», состоявшейся 16-17 июня 2017 года. Одновременно с конференцией проходила III Школа молодых психиатров Санкт-Петербурга с участием специалистов Восточно-Европейского региона WPA (Всемирной психиатрической ассоциации).

Материалы этих мероприятий, представленные в статьях и тезисах, включенных в сборник, отражают своеобразную переключку ученых и практических врачей, молодых специалистов, представителей организаций пользователей психиатрической помощи, многоаспектный характер вопросов развития психосоциального направления в психиатрии.

Издание адресовано психиатрам, психотерапевтам, медицинским психологам, специалистам по социальной работе, организациям пользователей психиатрической помощи.

О ЦЕЛЯХ, МЕТОДАХ И РЕЗУЛЬТАТАХ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ

Корчинов А.Д. 130

ВЗГЛЯД НА КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ГЛАЗАМИ НАЧИНАЮЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА

Майстренко А.В. 135

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Максимова Н.Е., Климок Н.В. 140

АРТ-ТЕРАПИЯ В РАЗВИТИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Назарова Н.Р. 147

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ С КОМОРБИДНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Нурходжаев С.Н. 156

ВЛИЯНИЕ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СУБЪЕКТИВНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю. 160

К ВОПРОСУ О ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Палин А.В., Семенова Н.Д. 167

ОСОБЕННОСТИ ПРЕСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Полякова А.И., Решедько Л.А. 174

ДИАГНОЗ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Пудиков И.В., Лемешко К.А. 180

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МАНИПУЛЯТИВНЫМ ТИПОМ ПОСТСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Рутковская Н.С., Днов К.В. 188

Клинические особенности фармакорезистентных депрессий с коморбидными личностными расстройствами

Нурходжаев С.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы изучения фармакорезистентных депрессий вызывается ростом числа депрессивных расстройств в общемедицинской практике [2]. В последние десятилетия возрос интерес к изучению коморбидности депрессивных расстройств и личностных особенностей пациентов. Исследование, проведенное Московским НИИ психиатрии при изучении контингента больных с депрессивной патологией, зарегистрированных в психоневрологических диспансерах Москвы, показало, что в 12,2% всех случаев эндогенной депрессии отмечается ее сочетание с расстройствами личности. Последнее время многие исследователи уделяют внимание изучению факторов, не только оказывающих влияние на клиническую картину депрессии, но и способных дать информацию относительно особенностей дальнейшего течения заболевания и его нозологической принадлежности.

В связи с этим, большое значение приобретает изучение особенностей той конституциональной почвы, на которой развивается болезненное депрессивное состояние, и её динамики [1]. Вместе с тем, при исследовании этой проблемы на популяции больных депрессиями, в одних случаях отмечается тенденция ограничиваться ориентацией на использование только стандартизированных психодиагностических и клинических методик, в других – только клинко-психопатологическим подходом, данные которого с трудом поддаются валидации и статистической оценке [4]. В связи с этим, особое значение приобретает целостный анализ личности больного, включающий как клинко-психопатологический подход, так и использование различных психодиагностических методик [5]. В настоящее время существует несколько направлений в оценке взаимосвязи личностных особенностей и формирования депрессивной патологии. Зарубежные исследователи отводят решающую роль конституционально-генетическим характеристикам, рассматривая их как определяющие дальнейшее течение и проявления заболевания, отмечают патопластическое влияние преморбида на клиническую картину депрессии и выделяют определенные личностные черты, как предикторы развития депрессии [6, 7]. В большинстве современных источников личностные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину терапевтически резистентных депрессий и требующих психотерапевтической коррекции в рамках терапии периодов обострения [3, 8, 9].

Цель исследования: изучить клинические особенности фармакорезистентных депрессий у женщин психиатрического стационара с коморбидными личностными расстройствами для осуществления комплексной

лечебно-реабилитационной помощи и оптимизации психотерапевтического подхода в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом конституционально-личностных особенностей пациенток психиатрического профиля.

Материал и методы исследования: объектом для исследования явились 30 женщин в возрасте от 29 до 42 лет, находящихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической больнице г. Ташкента. Критерием для отбора пациентов было наличие на момент госпитализации депрессивной симптоматики и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также наблюдаемая в течение трёх недель госпитализации терапевтическая резистентность к назначаемым психотропным препаратам. Ведущими методами исследования являлись клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММРІ).

Результаты и обсуждения в ходе исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались согласно МКБ-10, как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) – у 33,3% пациенток, рекуррентное депрессивное расстройство тяжелой степени (F 33.2) – у 26,7% женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) – у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) – у 17% женщин и рекуррентное депрессивное расстройство средней степени (F 33.1) – у 3% обследованных. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 8 пациенток был диагностирован конгруэнтный аффекту бред (самообвинения, самоуничужения, ипохондрический бред), который достигал своей выраженности и актуальности лишь на высоте аффекта, что свидетельствовало о тяжести и степени депрессивного синдрома. В анамнезе у 68% обследованных женщин отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки, нейродермиты), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям.

С целью установления возможных соотношений между структурой личности и нозологической принадлежности депрессивного расстройства проведены патопсихологическое, экспериментально-психологическое и психодиагностическое исследования. С помощью ММРІ было выявлено пять основных конституционально-личностных типов, характерных для больных с терапевтически резистентными депрессиями: шизоидное расстройство личности –

у 12 пациенток (40%), эмоционально неустойчивое – у 8 (28%), истерическое – у 4 (12%); тревожное – у 3 (10%), ананкастное – у 3 пациенток (10%).

По результатам тестирования, было выявлено, что наиболее часто депрессивные расстройства тяжелой степени встречались у женщин с шизоидным расстройством личности, у которых выявлялись повышенная чувствительность, впечатлительность, легкая ранимость и обидчивость. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжелой и крайне тяжелой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25% больных, ее возникновение было связано с семейными конфликтами.

У лиц с тревожным расстройством личности в 75% случаев была выявлена депрессия тяжелой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжелой степени встречались в 12,5% случаев. У них имели место такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утрированному самонаблюдению; рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов.

Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 4 пациенток с истерическим типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей.

При эмоционально неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжелой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений.

Среди всех обследованных ананкастный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. Пациентки предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к появлению чувства

вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его.

Формирование депрессии у всех обследованных оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку и адаптацию в социуме. Для всех женщин характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличение количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в привычной деятельности.

Больные с шизоидным типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с тревожным типом личности испытывали быстрое утомление, с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятном микроклимате в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с ананкастным и тревожным типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени отмечалась трудовая дезадаптация, сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные тенденции, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с эмоционально неустойчивым типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями. При этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Женщины с истерическим типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали значительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, указывали на ухудшение психоэмоционального состояния и способность функционировать в повседневной жизни.

При установлении взаимосвязи между типом личности и клинической картиной депрессивного состояния были получены следующие результаты: при шизоидном расстройстве личности характерны сенесто-ипохондрические и деперсонализационные депрессии; при истерическом расстройстве личности преобладают экзистенциальные и деперсонализационные депрессии с невротической истерической деперсонализацией, при тревожном расстройстве личности отмечались тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии; для больных, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны соматизированные, маскированные депрессии, а для ананкастного расстройства личности наиболее часто было развитие ипохондрических депрессий с доминированием обсессивно-компульсивных расстройств невротического уровня.

Выводы. Таким образом, в результате исследования клинических особенностей фармакорезистентных депрессий была выявлена взаимосвязь между конституционально-личностными особенностями пациенток и проявлениями

клинической картины терапевтически резистентных депрессий, которая позволяет определить степень тяжести депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет оптимизировать комплексность психофармакотерапии и более дифференцированно осуществлять психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей женщин.

Литература

1. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. - Томск, 2009 – 510с.
2. Винокур В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: «Альта Астра». – 2015. –46с.
3. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства. - М., 2007. – С. 58.
4. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А.Б. Смулевича. – М., 1997. – 308 с.
5. Danileviciute V. Affective disorder: clinical symptoms and present-day approach to treatment // *Medicine (Kaunas)*. – 2002. – V. 38, № 11 – P. 1057-1065.
6. Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J. et al. Prevention of re-lapse/recurrence in major depression by mindfulnessbased cognitive therapy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 68. – P. 615–623.
7. Buist-Bouwman M.A., de Gaaf R., Vollebergh W.A. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:436-43
8. Moussavi S., Chatterdji S., Tandon A., Verdes E. Depression, chronic disease and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851-856 pp
9. Riso L.P. The search for determinants of chronic depression, a review of six factors\ Riso L.P., R.K. Miyatake, M.E. Thase. *WJ. Affective Disorders*.2002. Jul №70 (2), 103-115p.

Влияние социокультурной реабилитации на качество жизни и субъективное благополучие лиц с ограниченными возможностями здоровья

Овчинников А.А.¹, Султанова А.Н.^{1,2}, Сычева Т.Ю.^{1,3}

¹ ФГБОУ ВО Новосибирский Государственный медицинский университет МЗ России

² Филиал № 3 ФГКУ «Главный центр Военно-врачебной экспертизы» МО РФ

³ Новосибирский государственный университет экономики и управления (НИНХ)
Новосибирск

Актуальность исследования. В современной клинической практике все более актуальной становится проблема не просто «выживания» людей с