

выбрать животным подкрепление: лакомую пищу или тлеющий каннабис.

Регистрацию ЭЭГ эмоциогенных структур лимбико-неокортикальной системы осуществляли на энцефалографе фирмы «Медикор» EEG-8 с введением биопотенциалов в компьютер. Для купирования агрессивного поведения вследствие депривации каннабиноидной мотивации применяли аппарат «Рамед», генерирующий электромагнитное излучение сверхвысокой частоты и сверхнизкой интенсивности.

Как показали результаты исследования, у крыс с зависимостью от каннабиса в лобной коре доминировал β -ритм, в гипоталамусе регистрировалась высокоамплитудная полиморфная активность, в гиппокампе θ -ритм, в *septum* преобладали высокоамплитудные θ - и α -ритмы. После двухдневной депривации каннабиноидной мотивации усиливались страх, тревога, отрицательный груминг. Затем спонтанно усиливалась агрессивность, что выражалось в многочисленных атаках крыс, вертикальных стойках, нападениях и противостояниях — происходила трансформация фобий в агрессивное поведение.

Ведущими механизмами, судя по ЭЭГ, являлись отрицательные эмоциогенные структуры лимбической системы — гипоталамус, гиппокамп, миндалевидный комплекс, позже подключалась лобная кора мозга, формируя реверберационный круг с входением в него эмоциогенных структур лимбической системы. Лишь у одной крысы из десяти оставались признаки фобического поведения. Десятидневные воздействия электромагнитным излучением сверхвысокой частоты и сверхнизкой интенсивности с использованием аппарата «Рамед» приводило к поступательной нормализации электрической активности во всех исследуемых структурах мозга. Во всех изучаемых структурах лимбико-неокортикальной системы, особенно в гиппокампе, преобладали вначале пароксизмы θ , а затем генерализованная пароксизмальная активность. Как доказано, такая динамика пароксизмов электрической активности мозга является сигнальным механизмом развития адаптивных процессов при переходных состояниях динамических систем мозга (Вейн А. М. 1999, Бехтерева Н. П. 2008, Карлов В. А. 2007, Колядко С. П. 2011).

Тестирование животных на фобические состояния и возможную трансформацию их в агрессивное поведение показало слабый эффект этого процесса, то есть способ применения аппарата «Рамед» является высокоэффективным терапевтическим методом воздействия на мозг обладая свойством подавлять механизмы трансформации фобии в агрессию в условиях депривации гедонического поведения.

УДК 616.89+616.8-009.2

Белинский А. В.

«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ДИСТОНИИ

Синдром острой дистонии как состояния, являющегося осложнением нейролептической терапии, описан ещё на заре использования нейролептиков в психиатрической практике (Kang U. J., Burke R. E., Fahn S, 1986). Клиника его общеизвестна: в течение первых 5 дней после назначения нейролептика, или повышения его дозы, или перехода с перорального приёма на парэнтеральный, или отмены корректора у больного возникает острый спазм мышц шеи и туловища с характерным закручиванием тела в определённую сторону. Возможны также ларингоспазм, стридор, опистотонус, насильственные гримасы, окулогирные кризы, общее моторное возбуждение с преобладанием аффекта страха и другие.

На сегодняшний день остаётся неясным патогенез острой дистонии. Идут дискуссии о том является ли она следствием дефицита или избытка дофамина (В. Н. Шток, 2002). Упор в актуальных гипотезах делается на предположение о дисбалансе между активностью холинергической и дофаминергической системами. При этом данные гипотезы и не пытались пролить свет на клинические феномены данного осложнения, а именно очаговость неврологических симптомов. Во множестве описаний данного состояния делается упор на то, что оно возникает преимущественно у людей молодого возраста, часто у детей и молодых мужчин и, соответственно, редко в пожилом возрасте. Объяснений данному явлению также нет.

В ходе работы над гипотезой нейролептического цереброишемического синдрома (А. В. Белинский, 2011) нами получены новые данные, проясняющие патогенез и клинические феномены данного состояния.

Проводимые нами исследования показали следующие закономерности:

— у больных с ангиодистоническим и нормальным базовым типом церебральной гемодинамики применение нейролептиков вызывает значительное снижение мозгового кровотока, что сопровождается широко известными побочными явлениями нейролептической терапии: экстрапирамидными нарушениями, гипотензией, когнитивными нарушениями; нейролептическая терапия этими больными переносится тяжело и требует корректоров;

— у больных с гипертоническим, атеросклеротическим, смешанным и гипозастойным типами церебральной гемодинамики применение как атипичных, так и конвенционных нейролептиков приводит к улучшению и даже нормализации мозгового кровотока; нейролептическая терапия переносится больными хорошо, вызывает улучшение когнитивных функций и не требует корректоров;

— имеются косвенные сведения о том, что применение нейролептиков с преимущественно седативным действием вызывает снижение объёма кровообращения преимущественно в корковых структурах головного мозга, а нейролептики с преимущественно антипсихотическим эффектом вызывают снижение мозгового кровотока преимущественно в стволовых отделах головного мозга (реознцефалографические данные позволяют лишь косвенно судить об этом феномене, а данные позитронно-эмиссионной томографии получены только на экспериментальных животных);

— к нейролептическим осложнениям склонны больные с низким вольтажом на ЭКГ, как на фоне терапии нейролептиками, так и до её начала.

Согласно полученным данным, во время приступа острой дистонии у больных возникает выраженная гиперволемия, которую также можно трактовать как отёк 3/4 головного мозга и гиповолемию, которую можно трактовать как локальную ишемию одной четверти на стороне, противоположной той, с которой происходит спазм. В связи с трудностью поиска объектов для исследований данные получены с крайне ограниченного числа случаев, но работа по этой теме продолжается и обещает полностью прояснить вопросы патогенеза данного состояния.

УДК 614.2[616-01+616.89]

Белинский А. В.

«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА: АЛЬТЕРНАТИВА ИЛИ ДОПОЛНЕНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ?

О доказательной медицине за последние два десятилетия сказано было очень много как в научной среде, так и околонуучных кругах. Данный тренд нашёл свою армию поклонников как среди врачей и фармацевтов, так и среди пациентов.

Однако примерно в одно время с ним появился и другой тренд — персонализированная медицина. О нём известно гораздо меньше, несмотря на вышедшие и продолжающие выходить фундаментальные научные труды.

Персонализированная медицина представляет собой медицинскую модель, которая ориентирует стандарты здравоохранения на то, что все решения о назначении медицинских препаратов и диагностических процедур должны быть приспособлены к конкретному пациенту с поправкой на его генетические особенности или другую информацию о нём.

Подходы доказательной медицины создавались и создаются в первую очередь на исследованиях тех или иных методов лечения и диагностики на больших группах пациентов с однотипной патологией. Эти подходы не дают ответов на вопрос: как лечить пациента, если средство, помогающее статистическому большинству, не помогло ему? И уж совсем патовой, с точки зрения доказательной медицины, является ситуация, когда средство, помогающее статистическому большинству больных, у конкретного пациента проявляет только свои побочные эффекты при полном отсутствии эффекта, ради которого оно назначалось (не такая уж редкая ситуация в психиатрической практике).

Ни в одной из обозреваемых публикаций доказательная медицина не противопоставлялась персонализированной. Более того, некоторые авторы называют доказательную медицину персонализированной медициной на практике (D. Kumar, 2007). Но корректнее было бы сравнить её с двумя крыльями, которые поднимают медицинскую науку в высоту.

На сегодняшний день основные работы в персонализированной медицине ведутся в области онкологии и кардиологии.

Направлены они, в первую очередь, на индивидуализацию лечения больных с поправкой на их генетические особенности. Шагнувшие в последние десятилетия далеко вперед биотехнологии, связанные с изучением генома человека, позволяют с высокой степенью индивидуализировать назначаемые препараты специалистам данных областей.

В области психиатрии на сегодняшний день предложен также целый ряд парадигм, касающихся индивидуализации терапии с поправкой на генетические особенности пациента (E. Gordon, 2012). Основные усилия здесь брошены на определение биомаркёров, позволяющих объективно фиксировать следующие ключевые позиции (Williams, Rush, Koslow, Wisniewski, Cooper, Nemeroff, Schatzberg, Gordon, Trials, 2011):

- общий ответ на лечение (нет/да; определяются ли ремиссии);
- различность ответов на применение трёх наиболее широко распространённых в США антидепрессантов: эсциталопрам, сертралин, венлафаксин;
- реакция на изменение доз;
- побочные эффекты;
- становление долгосрочных ремиссий.

Однако очевидно, что, несмотря на колоссальный прогресс в данной области, это пока лишь планы, осуществление которых — удел будущего.

Вместе с тем, по нашему мнению, уже сегодня большую роль в становлении персонализированной медицины в психиатрии могут сыграть методы исследования, считающиеся в настоящее время рутинными. Например, реоэнцефалография, позволяющая прогнозировать реакцию пациентов на введение нейрорептиков.

УДК: 616.89-008.46-06:616.895.8]:615.851

Бессмертный А. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования; ГЛПУ «Центральная клиническая больница «Укрзалізниці» (г. Харьков)

МНЕСТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Современные исследования в компетенции медицинской психологии всё чаще обращены к проблеме патоперсоналогии пациентов в зависимости от болезни. Улучшить качество психодиагностики и психокоррекции феноменологии «внутренней картины болезни» (ВКБ) для изменения типа отношения к заболеванию, особенно при шизофренических расстройствах, — является главным для формирования тактик терапии, реабилитационной и абилитационной страдающих.

Одним из ракурсов в свете концепции ВКБ, благодаря которому возможно получить доказательные факты глубоких изменений запечатления данности своего заболевания, является мнестологический, т. е. ориентированный на память.

Информацию о своём заболевании пациенты часто представляют в виде повествовательных изложений в процессе самонаблюдения. Поэтому основными положениями, которыми мы руководствовались, были постулаты автобиографической памяти (АБП), обеспечивающей субъективное отражение пройденного человеком отрезка жизненного пути, в том числе пути, связанного с болезнями.

Цель исследования — по результатам клиничко-психологического исследования хроно-динамических особенностей АБП и её функций, патоперсоналогии и феноменологии ВКБ, разработать модифицированную методику психодиагностики АБП у больных параноидной шизофренией.

За период с 2009 по 2012 год в Харьковской областной клинической психиатрической больнице № 3 обследовано 100 пациентов (60 мужчин, 40 женщин), средним возрастом 34 ± 7 лет, страдающих параноидной шизофренией.

Использовались следующие методы: анамнестический, наблюдения, нарративного интервью, психодиагностический, социально-демографический, контент-анализ, теоретического моделирования, методы математической статистики.

Психодиагностический метод включал использование методики: «Психологическая автобиография» (Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова, 1998); «Линия жизни» (В. В. Нуркова, 2000); «Функции автобиографической памяти» (К. Н. Василевская, 2008); опросник «Тип отношения к болезни» (Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Б. Карпова, 2005); схема интервью «Катанез внутренней картины болезни при шизофрении» (Н. П. Татаренко, 1947, 2001); «Пиктограмма» (А. Р. Лурья, 1962).

На основании анализа полученных результатов нами определены следующие особенности АБП у больных параноидной шизофренией: затруднения в воспоминаниях жизни, нежелательность субъективной оценки событий, увеличенное время антиципации и сниженное время ретроспекции. Автобиография ограничена грустными воспоминаниями о болезни с доминантой личностно-психологических, межличностных и социальных тем. Снижен эмоциональный баланс, переработка и гармонизация оперативного настоящего, будущего. Недостаточная полнота, оригинальность, пассивность, истощение воспоминаний внутренней жизни, рекреационных и исторических событий. Выраженное снижение всех функций АБП (прагматической, саморегуляции, коммуникативной, экзистенциальной) и их зрелости. Пациентам присущи негативные воспоминания, недостаточность саморегуляции психических состояний, специфическая мечтательность, дефицитность социальных контактов и общего общения, узкий репертуар жизненных тем.

Разработана и апробирована модифицированная методика психодиагностики АБП и уровней ВКБ у больных шизофренией «Я и память о болезни». Кроме чувствительного, когнитивного и эмоционального уровней переживаний, учитывающихся в методике, нами предложены мнестологический, подразумевающий значение автобиографических воспоминаний, которые пересекаются с темой болезни в жизни пациента. Доказана эффективность применяемой методики в 84,00 % случаев и подчёркнуто её значение для психодиагностики хроно-динамических особенностей АБП. Последнее даёт возможность утверждать о существовании качественных и количественных патопластических характеристик памяти, которые могут быть учтены для дополнения шизофренической патопсихологической регистра-синдромологии.

УДК616.89-008.19-06-037

Е. Д. Богацкая

Луганский областной наркологический диспансер

ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ КАК ОСНОВА БОЛЕЗНИ

Практически у каждого человека есть внутренний конфликт, а иногда и не один. Суть конфликта в том, что не совпадает то, что мы хотим с тем, что имеем в реальности. Самый первый серьёзный конфликт возникает, когда нам «выбирают» профессию родители, с детства внушая желаемые варианты и поощряя желательный выбор. Впоследствии многим приходится заниматься нелюбимой работой. Совсем немногие решаются на радикальные перемены, поскольку обычно оказывается много внешних сдерживающих факторов (семья, дети, привычка и др.). И пытаются убедить себя человек, что его все устраивает. Со временем у него появляется ощущение, что живет не так, как хочет он сам, а как хотят его близкие, чувствует себя одиноким, непонятым. В результате и возникает внутренний конфликт, который порой даже не сразу осознается. С течением времени все это выливается на телесный уровень, и развивается болезнь. Организму, в общем-то, не так уж и важно, какая болезнь возникает. Это может быть что угодно — повышенное давление, язва, головные боли, сексуальные проблемы, депрессия и т. д. Так, как человеку трудно наладить общение с другими (сослуживцы, члены семьи и др.), так же тяжело ему поладить и со своим телом. Важно и нужно уметь вести хороший диалог. И этому обязательно надо учиться. Это всегда помогает.

Медицина, как правило, работает уже с последствиями заболевания, она не лечит причины, которые к нему привели. Очень многие медицинские проблемы вызваны нарушением психического здоровья. Осознав внутренний конфликт, человек сразу делает несколько полезных вещей. Во-первых, выводит его из бессознательного или плохо осознаваемого состояния в сознательное. Во-вторых, поняв причину, можно с ней работать. У каждого человека конфликт с самим собой индивидуален. Их много и не всякий приведет к болезни, но затянувшийся, рано или поздно, обязательно подтолкнет. Если длительно игнорировать свои переживания, желания, не пытаться в них разобраться и понять, продолжать «плыть по течению», то это переходит на уровень болезни. Организм начинает подавать такой сигнал, который не заметить невозможно. Большое значение играет модель поведения, которую усвоил человек. Мы переносим во взрослую жизнь все то, чему научились с самого детства, неосознанно копируя старую модель (так, как делали родители). Очень важно такие моменты проработать с психологом и найти новый вариант поведения, учиться разрешать конфликты, научиться по-новому справляться с проблемами.

Резюмируя все, можно сказать следующее: за наше здоровье или нездоровье, в первую очередь, отвечает наша психика; любое