

Если он их исполнял, то был свободен от ответственности. Кроме смирения, духовность требует от него всепрощения, непротивления, не осуждения. Искреннее, глубокое раскаяние – это, в первую очередь, переоценка событий и намерений. Оно достигается путем углубленного переживания греховности совершенных поступков. Исповедь осуществляется в интимном общении, что создает условия для разрядки самых глубоких стрессовых переживаний. При этом облегчается вытеснение патогенных состояний, где после разрешительных слов священника восстанавливается ощущение душевного мира, покоя и полноты жизни.

Таким образом, система религиозных представлений и христианских ценностей является мощным адаптационным ресурсом личности, представляя собой уникальный психологический ресурс, обращение к которому помогает преодолевать внутренние кризисы и увеличивать устойчивость к стрессовым воздействиям, что не только повышает уровень психической адаптации личности, но делает ее жизнь более осознанной и наполненной особым смыслом.

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО С РАННИМ НАЧАЛОМ – ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Евсегнеева Е.Р.

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь

Актуальность проблемы. Биполярное аффективное расстройство (БАР) чрезвычайно редко встречается у детей младшего возраста, но его распространенность значительно возрастает после пубертатного периода. Чаще всего заболевание дебютирует между 15 и 19 годами, но первые его приступы нередко не попадают в поле зрения психиатра. В Республике Беларусь данное расстройство исключительно редко диагностируется до 18 лет, хотя по данным международных эпидемиологических и клинических исследований его распространенность у детей и подростков составляет 0,4-1% [1, 2, 3, 4]. В нашей стране при диагностике данного расстройства в педиатрической популяции редко выделяются типы БАР, не проводится соответствующее мировым стандартам лечение и мониторинг, что негативным образом сказывается на перспективах здоровья и социальной адаптации во взрослой жизни тех, кто заболел в детстве.

Особенности клиники и диагностики. Диагностика БАР с ранним началом представляет существенные трудности, т.к. клиника расстройства в педиатрической популяции специфична. В силу особенностей созревания нейромедиаторных систем дети более склонны развивать клинически ясно очерченную депрессию, нежели манию. Заболевание чаще всего начинается с депрессивной фазы. Маниакальная и депрессивная фазы чередуются настолько быстро, что не создают впечатления полноценного аффективного эпизода. Маниакальные симптомы сохраняются совсем недолго, при этом выглядят нередко не как классическая мания взрослого, а как раздражительность, импульсивность и агрессивность. Возникающие в обе фазы психотические расстройства могут даже соответствовать клинически симптомам шизофрении 1-го ранга (однако их длительность позволяет провести дифференциальный диагноз). Более того, во время развернутой стадии заболевания дети и подростки периодически могут производить впечатление здоровых [2,4]. Таким образом, становится понятно, почему нередко ошибочно выставляются диагнозы шизофрения, гиперкинетическое расстройство, расстройство поведения. Чаще всего в этой возрастной группе уместен диагноз БАР II типа (форма, характеризующаяся одним или более тяжелым депрессивным эпизодом, который сопровождается, по крайней мере, одним эпизодом гипомании).

К другим особенностям клиники БАР в педиатрической популяции относятся искренняя вера в свои «сверхспособности» и сопутствующее рискованное поведение, доходящее до суицидальности (вера в возможность летать, например); характерное проявление бреда величия – стремление поучать преподавателей, также встречаются сексуальная расторможенность, кражи ценных вещей, чрезмерная увлеченность деятельностью, приносящей удовольствие и негативные последствия от нее, речь представляет собой поток, изобилующий шутками и каламбурами. В отличие от взрослых, засыпание наступает легко, но ребенок нуждается всего в нескольких часах сна [1,3].

Для оценки и диагностики БАР с ранним началом существуют специфические шкалы, например Young Mania Rating Scale (YMRS), (YMRS-P) (Young RC et al., 1978) [4].

Лечение. Методы лечения биполярных расстройств у детей и подростков еще плохо изучены. Биполярное расстройство требует в основном комплексного терапевтического подхода. Пациентов и членов их семей необходимо ознакомить со спецификой данного заболевания. В клинической практике находят успешное применение медикаментозные методы лечения. Существующие на сегодняшний день методы лечения детей основываются на результатах лечения взрослых людей, но экстраполяция должна быть осторожной (так, трициклические антидепрессанты, эффективные в данном случае у взрослых, не работают у детей). Перед началом психофармакотерапии следует оценить безопасность (суицидальность, агрессивность) для выбора формы помощи (амбулаторно или стационарно).

Препараты 1 линии – **нормотимики** (*соли лития* – менее эффективны, чем у взрослых, еще более токсичны (интоксикация, нарушение работы почек и щитовидной железы, значительное увеличение массы тела, требуют еще более тщательного мониторинга), *вальпроаты* – рекомендованы при смешанных и быстрых циклах). Препараты 2 линии – **антипсихотики** (*рисперидон, оланзапин, галоперидол*). Назначения **антидепрессантов** следует избегать без большой на то надобности, поскольку переход в индуцированную лечением манию весьма вероятен у юных больных. Если же есть существенная необходимость их назначить – показаны представители селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. [1, 3, 4].

Медикаментозное лечение должно быть длительным и включать в себя многие месяцы терапии для предотвращения рецидивов.

Помимо медикаментозного вмешательства при лечении БАР необходимо учитывать ассоциированные характеристики. Психосоциальные вмешательства призваны обеспечить необходимой информацией ребенка и членов семьи, которым рассказывается о специфике данного заболевания, его симптомах и течении, возможном влиянии на семейную жизнь и наследственность. Нарушение правил приема лекарственных препаратов является главным фактором, содействующим возникновению рецидивов. Поэтому необходимо информировать членов семьи ребенка о возможных негативных последствиях несоблюдения врачебных предписаний приема лекарственных препаратов и научить распознавать симптомы возникновения рецидивов. Требуется также изменение учебной программы для болеющих детей и может потребоваться семейная терапия.

Прогноз БАР у подростков может приобретать хроническую форму, плохо поддающуюся лечению, и иметь негативные последствия [2,3,4]. Существуют данные, что в течение 5 лет после первого приступа почти у 50% пациентов либо возникали рецидивы заболевания, либо им не удавалось достичь полного выздоровления. По сравнению со взрослыми, у подростков с БАР может отмечаться более длительное течение заболевания, которое хуже поддается лечению. Однако долговременные прогнозы для подростков, по-видимому, схожи с прогнозами, которые делаются для взрослых.

Заключение. Таким образом:

1. БАР у детей и подростков имеет выраженные клинические особенности, плохо распознается и неадекватно в связи с этим лечится.
2. БАР, дебютировавшее в детстве, вероятно, продолжится во взрослой жизни и накладывает ощутимый отпечаток на судьбу заболевшего.
3. Для минимизации последствий необходимы тщательная диагностика и адекватное комплексное лечение.

Литература

1. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. 2-е изд. – Пер. с англ. – Издательство «Триада-Х», 2008г.- 405с.
2. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка – Пер. с англ. – Издательство: Санкт-Петербург «прайм-ЕВРОЗНАК», 2003 – 522с.
3. Clinical manual for management of bipolar disorder in children and adolescents. Kowatch R.A. et all.,- American Psychiatric Publishing Inc. Washington, DC, 2009 – 356 p.
4. Stubbe D. Child and adolescent psychiatry: A practical guide- Lippincot Williams & Wilkins; Philadelphia: 2007. -283 p.

СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ И МАНИИ В ПОПУЛЯЦИИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ: ПОИСК НОВЫХ ПУТЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Емельянцева Т.А., Василевская Т.И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

Актуальность. Аффективные расстройства встречаются с частотой 4-6% в общей популяции. Распространенность указанных нарушений среди молодых людей остается мало изученной, так как симптомы мании и депрессии не достигают уровня клинического диагноза, однако в значительной степени могут обуславливать проблемы социального функционирования, формирование алкогольной и наркотической зависимости, а также суицидального поведения.

Цель исследования: определить распространенность симптомов мании и депрессии в популяции молодых людей и оценить их взаимосвязь с биологическими факторами (организацией исполнительских функций).

Задачи исследования:

1. Определить распространенность симптомов мании и депрессии в популяции молодых людей с учетом профиля профессионального образования.
2. Изучить нейропсихологические особенности молодых людей с учетом профиля профессионального образования и гендерного подхода.
3. Установить связь между эмоциональными нарушениями и нейропсихологическими особенностями молодых людей.

Материалы и методы. В исследовании на добровольных началах приняли участие две группы студентов в возрасте 21-23 лет:

- студенты Белорусского государственного медицинского университета (n=100);
- студенты Белорусской государственной академии искусств (n=100).

Для определения симптомов депрессии использовался опросник DSRS (Depression Self-Rating Scale, 2000г.).

Для определения симптомов мании использовался диагностический опросник по биполярному расстройству, (2005г.).