



Статья

Усодиев А.В.

Клиническая психиатрия 21 века: ИНТЕГРАЦИЯ ИННОВАЦИЙ И ТРАДИЦИЙ для диагностики и оптимизации терапии психических расстройств

17-18
МАЯ
2018
СПБ

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием,
посвященная памяти профессора Руслана Яковлевича Вовина (90-летию со дня рождения)
[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]. МАТЕРИАЛЫ ISBN 978-5-905498-84-8

характерологическими особенностями достоверно чаще встречалось СП χ^2 с поправкой Йетса = 15,15, $p < 0,0001$. Среди студентов, имеющих другие личностные особенности, следует выделить демонстративные черты (11,36 %). В остальных случаях встречались смешанные варианты (9,09 %). Сочетание нескольких дезадаптивных черт повышает риск СП. У студентов с такими характерологическими особенностями достоверно чаще встречалось СП χ^2 с поправкой Йетса = 36,12, $p < 0,0001$.

Среди студентов с СП 34,67 % случаев диагностированы черты расстройства личности (дисгармоничности психического склада). При анализе влияния аномальных характерологических свойств на возможность развития СП сравнение со студентами, у которых не было выявлено подобных черт. В исследуемой группе по сравнению с контрольной достоверно чаще встречалось расстройства личности χ^2 с поправкой Йетса = 28,28, $p < 0,0001$. Среди девиаций личностного склада чаще встречались патохарактерологические проявления психастенического круга, включающие в себя черты ананкастного, тревожного и зависимого расстройства личности (34,62 %), отличия по данной характеристике от контрольной группы достоверно – χ^2 с поправкой Йетса = 48,68, $p < 0,0001$. Среди аномалий характерологических свойств у студентов с СП, эмоционально – неустойчивые черты встречались достоверно чаще – в 15,38 % случаев (χ^2 с поправкой Йетса = 28,28, $p < 0,0001$). Почти в 1/5 случаев в структуре дисгармоний психического склада встречались признаки параноидного расстройства личности (19,23 %), отличие от студентов без признаков СП достоверное (χ^2 с поправкой Йетса = 25,90, $p < 0,0001$). Студенты с чертами истерического расстройства личности (7,69 %) характеризовались демонстративным поведением. Для достижения поставленных целей они использовали демонстративно-шантажное СП, в том числе суицидальные попытки. У студентов с такими личностными особенностями достоверно чаще встречалось СП (χ^2 с поправкой Йетса = 10,63, $p = 0,0214$).

Выводы. Одним из ведущих факторов, влияющих на формирование суицидального поведения, являются личностные особенности. Более чем у половины студентов с СП встречались акцентуации личности, среди них наиболее часто – педантичная, эксплозивная и застревающая черты. Почти в половине случаев у студентов с СП выявлены аномальные характерологические свойства. В большинстве случаев – черты психастенического, параноидного, возбудимого расстройства личности, а также смешанные варианты. Можно предположить, что основным в реализации суицидального поведения является изменение психического состояния в период непосредственно перед совершением суицидальной попытки. По нашему мнению, ключевым фактором, влияющим на развитие этого периода, является личностно-психологический аспект, вступающий во взаимодействие с триггерным событием.

АНАЛИЗ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ШКАЛЫ ТРЕВОЖНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ РАША

Цидик Л.И.

Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Большая часть используемых в клинике для оценки личности многомерных психодиагностических методик создана на основе классической теории тестов, которая имеет множество недостатков, основной из них – это зависимость результатов

тестирования от нормативной выборки испытуемых. Применение данного подхода не соответствует требованиям современного фундаментального научного измерения. Кроме того, в клинике в основном используются переведённые на русский язык психодиагностические методики с недоказанными психометрическими свойствами и, соответственно, не отвечающие требованиям современной психометрики. Поэтому появилась необходимость применить для создания новых диагностических инструментов современную теорию тестов, разновидностью которой является модель Раша. Данная модель основана на вычислении уровня трудности утверждений опросника и уровня выраженности измеряемого свойства, а также позволяет оценивать психометрические свойства диагностических методик на относительно небольшой выборке и получать результаты, не зависящие от той выборки, на которой проводилось исследование.

Опросник невротических и невротоподобных расстройств (ОНР) также был создан на основе классической теории тестов. Он представляет собой адаптированный в Психоневрологическом научно-исследовательском институте имени В.М. Бехтерева вариант немецкого опросника BVNK-300. Но при этом, надёжность, как внутренняя согласованность шкал, не оценивалась. Сведения о доказанной конструктивной валидности отсутствуют. Методика не проходила психометрическую проверку на популяции Республики Беларусь.

Целью данного исследования был анализ конструктивной валидности и надёжности второй шкалы (шкалы тревожных переживаний) нового многомерного клинического опросника, создаваемого на основе опросника невротических и невротоподобных расстройств. На данном этапе работы был произведён расчёт трудности утверждений второй сформированной шкалы опросника, оценка конструктивной валидности, надёжность шкалы оценивалась с помощью показателей надёжности и сепарационной статистики на основе модели Раша.

Материалы и методы. В исследовании участвовали пациенты с верифицированными диагнозами из рубрик невротические, связанные со стрессом, соматоформные и аффективные (рекуррентное депрессивное расстройство и депрессивный эпизод) расстройства. Все пациенты находились на стационарном лечении в психоневрологическом отделении учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 3» г. Гродно.

Всего было обследовано 286 пациентов. Состав группы по полу: мужчины – 129, женщины – 157. Средний возраст испытуемых 36,4±9,6.

В процессе обследования испытуемым предлагалось ответить на 300 утверждений опросника: использовался дихотомический вариант заданий. Ответ «да» являлся ключевым и кодировался 1, ответ «нет» кодировался 0. Ответы всех испытуемых на все задания методики были внесены в матрицу данных, на основе которой производились дальнейшие расчёты с помощью модели Раша. Затем было последовательно произведено несколько итераций, в каждой из которых вычислялись значения индексов качества полученных утверждений. Диапазон приемлемых значений индексов качества для клинических опросников равен 0,7-1,3; в каждой итерации утверждения, не соответствующие данному критерию, исключались. Итерации повторялись до тех пор, пока значения индексов качества оставшихся пунктов не попали в нужный диапазон.

Трудность задания расценивалась как доля неключевых ответов от ответов всех испытуемых на конкретное задание. Чем больше значение трудности пункта, тем меньше вероятность предоставления ответа с более высокой оценкой. В модели Раша трудность утверждений шкалы трансформируется в логиты, что позволяет отображать данный параметр на равноинтервальной шкале.

Индексы качества (UMS и WMS) характеризуют конструктивную валидность отдельного утверждения шкалы. Модель Раша позволяет оценить надёжность диагностической методики на основе показателя надёжности и индекса «числа слоёв». Показатель надёжности в модели Раша отображает, насколько наблюдаемая дисперсия данных соответствует истинной дисперсии исследуемого свойства. Показатель может принимать значения от 0 до 1; значения, меньше 0,5, характеризуют надёжность методики как неприемлемую, 0,5-0,6 – плохую, 0,6-0,7 – приемлемую, 0,7-0,9 – хорошую, больше 0,9 – очень хорошую. Индекс «числа слоёв» представляет собой количество уровней выраженности свойства (статистически значимо отличных друг от друга), которое способен выявить диагностический инструмент в исследуемой выборке.

Результаты и их обсуждение. С помощью модели Раша был произведён расчёт трудности пунктов для каждого утверждения шкалы, полученной в результате последней итерации, оценена конструктивная валидность утверждений путём вычисления индексов качества UMS и WMS, рассчитаны показатели надёжности и сепарационной статистики.

Меры трудностей утверждений шкалы тревожных переживаний оказались в диапазоне от -2 до +2 логитов, что позволит ей диагностировать различные уровни выраженности исследуемого конструкта. Затем проводилась оценка конструктивной валидности утверждений на основе значений индексов качества UMS и WMS. Утверждения, значения индексов качества которых не вошли в нужный диапазон (0,7-1,3), исключались из дальнейшего исследования, как нарушающие конструктивную валидность шкалы. После этого проводили очередной цикл моделирования. Последней была та итерация, в результате проведения которой, индексы качества всех оставшихся утверждений шкалы вошли в диапазон приемлемых значений. Всего для формирования данной шкалы понадобилось 43 цикла моделирования, в результате которых была сформирована шкала из 41 утверждения.

Факторный анализ нормализованных остатков от разницы между наблюдаемыми и ожидаемыми оценками ответов испытуемых на утверждения показал неоднородность полученного варианта шкалы (собственное число F1 равно 2,64), то есть на полученный результат оказывает влияние не только уровень тревожных переживаний, но и другие факторы.

Надёжность шкалы оценивалась с помощью показателей надёжности и сепарационной статистики отдельно для каждой итерации. Высокое значение индекса надёжности в первой итерации (0,95) при значительном уменьшении количества пунктов в результате проведённых циклов моделирования практически не изменилось и составило 0,91. Такое значение показателя характеризует надёжность методики, как очень хорошую. Коэффициент надёжности отражает внутреннюю согласованность шкалы, характеризует устойчивость связей между утверждениями диагностической методики. Индекс количества слоёв значительно изменился и составил 4,68 в отличие от 6,43, полученного в результате первой итерации, что соответствует количеству уровней выраженности свойства, которое способен выявить диагностический инструмент в исследуемой группе. Данный показатель отражает высокие дифференциально-диагностические свойства шкалы.

Выводы.

1. Применение модели Раша дало возможность разработать новую шкалу тревожных переживаний опросника невротических и невротизированных расстройств.
2. Созданная шкала на основе ОНР обладает удовлетворительными психометрическими характеристиками: трудность пунктов находится в пределах от -2 до +2 логита, что соответствует средней степени выраженности исследуемого конструкта, утверждения обладают адекватной конструктивной валидностью; индекс надёжности равен 0,91.

3. Шкала имеет неоднородную структуру, способна дифференцировать 4 уровня выраженности исследуемого свойства, что является показателем высоких дискриминативных свойств шкалы.

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Черемных Е.Г., Иванов П.А., Фактор М.И., Карпова Н.С., Симашкова Н.В., Брусов О.С.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва, Россия

В настоящее время система комплемента (СК) рассматривается в качестве глобального регулятора иммунных реакций, вносящего существенный вклад в гомеостаз организма человека и животных. СК играет значительную роль в воспалительном процессе, сопровождающем развитие практически всех заболеваний, в том числе и психических. Существующая сегодня оценка концентрации отдельных компонентов СК не позволяет получить необходимую информацию об этой сложной системе, в состав которой входят больше 40 компонентов – эффекторов, ингибиторов и активаторов.

Нами разработан новый метод оценки функциональной активности СК с помощью одноклеточных простейших – *Tetrahymena pyriformis*. Метод основан на циклическом подсчете живых (подвижных) клеток инфузорий в среде с содержанием сыворотки крови от 5 до 0,625 %. Подсчет клеток осуществляется с помощью разработанного нами прибора Биолат и программы AutoCiliata.

Гибель клеток происходит в результате сборки на их мембранах терминальных комплексов СК и количество клеток быстро уменьшается до нуля. В качестве показателя функциональной активности комплемента выбрано время гибели половины от начального количества клеток (T50).

Для 64 больных детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и 28 здоровых доноров проведены исследования функциональной активности СК. Параметр T50 при концентрации сыворотки 0,625 % для группы больных имеет следующие статистические характеристики: медиана 91 [62,6;120], максимум 200, минимум 28,3; для группы здоровых – медиана 56,6 [45,7;71,1], максимум 107,5, минимум 28,1. В соответствии с U-критерием Манна-Уитни ($Z=4,43$, $p<0,001$) установлено различие между этими группами, т.е. функциональная активность СК при концентрации сыворотки в реакционной среде 0,625 % снижена на % у больных по сравнению со здоровыми донорами.

Увеличение T50 для больных свидетельствует о вовлеченности СК в патологический процесс при данном расстройстве. Расходование компонентов СК также может приводить к увеличению концентрации продуктов промежуточных каскадов СК – C3a и C5a являющихся провоспалительными факторами. Известно, что психические заболевания (болезнь Альцгеймера, шизофрения, депрессия и др.) могут сопровождаться нейровоспалением, в развитие которого вносят вклад и компоненты врожденного иммунитета, к которым относится и система комплемента.

Современные представления о роли и функциях СК определяют ее как быструю и эффективную систему организатора иммунных реакций, которая вносит существенный вклад в гомеостаз. Установлено, что кроме уничтожения чужеродных микроорганизмов, СК участвует в созревании синапсов, клиренсе иммунных комплексов, ангиогенезе, мобилизации гемопоэтических стволовых клеток, регенерации тканей и липидном