

циональным состоянием без существенного влияния. В 17,1% не представлялось возможным ответить на вопрос о состоянии аффекта, т.к. для этого был необходим совместный с испытуемым анализ ситуации преступления, а они себя причастными к этой ситуации не считали, от инкриминируемого деяния полностью отказывались. Только в двух случаях (5,7%) выявлено эмоциональное состояние, оказавшее существенное влияние на поведение обвиняемого в инкриминируемой ситуации. В обоих случаях это были женщины, у первой определено сильное эмоциональное напряжение, а у второй – кумулятивный аффект.

Таким образом, за 2011 год в отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз было проведено 35 КСППЭ обвиняемых по статьям преступлений против жизни и здоровья человека для решения вопроса о наличии состояния аффекта. Среди обвиняемых преобладали мужчины (74,3%), женщины – 25,7%. Более половины (65,7%) испытуемых были психически здоровыми. Почти все лица были признаны способными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, и руководить ими. Лишь у двух женщин (5,7%) было диагностировано эмоциональное состояние, оказавшее существенное влияние на поведение обвиняемого в инкриминируемой ситуации (сильное эмоциональное напряжение и кумулятивный аффект).

СКРЫТАЯ ДЕПРЕССИЯ

З.Г. Тажиева

Тюменская ОКПБ

Психические расстройства приобретают в последнее время большую значимость среди заболеваний. Часто психические расстройства выявляются у больных соматического профиля. По данным П. Пишо, показатели болезненности для депрессивных проявлений составляют 6% взрослого населения. Среди них значительную часть составляют соматизированные (маскированные или скрытые) депрессии. По обращаемости среди общесоматических больных аффективные расстройства были выявлены у 87% больных. Среди них больные с соматизированными депрессиями составляют от 7 до 31%, чаще выявляются у женщин. По высказываниям В.Ф. Десятникова, "проблема здесь не только гностическая, а большей частью практическая";

27% больных депрессией обращаются к психиатру спустя 5 и более лет от начала заболевания. Это связано, с одной стороны, с недостаточной профессиональной подготовкой и осведомленностью врачей общего профиля о соответствующих психических заболеваниях, а с другой – с особенностями "внутренней картины заболевания", когда больные сообщают врачам лишь о тех признаках, в которых сами разбираются и которые их больше беспокоят, не фиксируя внимания врача на депрессивных проявлениях в виде подавленности, угнетенности, тревожности. При депрессивных состояниях наряду с изменениями в аффективной сфере происходят изменения и в соматической и в церебральной сфере. На разных этапах развития депрессий претерпевают изменения и соматические симптомы в организме. Порой соматические симптомы опережают появление депрессии и, или скрывают депрессию. Депрессия проявляется выраженными соматовегетативными нарушениями: недомогание, слабость, приступы сердцебиения, удушья, чувства недостаточности воздуха, непроходимости воздуха, тошнота, рвота, запоры, или понос, нарушения мочеиспускания, болевые ощущения в груди, ощущение холода в груди, в области живота, позвоночника, головные боли. Больные в течение длительного времени обследуются и лечатся по поводу различных соматических и неврологических заболеваний, лечение к облегчению состояния больного не приводят. В.Ф. Десятников и Т.Т. Сорокина выделяют пять основных вариантов скрытой депрессии: алгическо-сенестопатический, агрипнический, дизэнцефальный, обсессивно - фобический и наркоманический.

Чаще из этих вариантов встречается алгическо-сенестопатический вариант. Проявляется при этом варианте – мучительными болями, которые трудно поддаются описанию больными, различными неприятными ощущениями, длящимися часами или днями. При абдоминальных болях и сенестопатиях лечатся от язвенной болезни, гастрита, панкреатита, холецистита, иногда требуют оперативного лечения аппендицита, или оперативного лечения в области прямой кишки. По поводу кардиалгий, удушья, многократно вызывают скорую помощь. «Сердечные» препараты не улучшают состояние, повторно обращаются за неотложной помощью. Кратковременно облегчают состояние прием транквилизаторов. И вновь продолжают беспокоить различные болевые ощущения в груди. В связи с головными болями головокружениями лечатся

от остеохондроза, синдрома позвоночной артерии, вегето-сосудистой дистонии. В ряде случаев псевдоангинозные, псевдоастматические, висцеральные нарушения напоминают вегето-сосудистую дистонию диэнцефального характера (диэнцефальный вариант скрытой депрессии).

При агрипническом варианте единственное и основное проявление – это расстройства сна. Сон качественно изменен, с пробуждениями, с ранним пробуждением в предутренние часы, или отсутствием чувства сна, сон прерывистый с неприятными сновидениями, раннее пробуждение с затрудненным, требующим волевого усилия мучительным подъемом, либо повышенной сонливостью (гиперсомнией). При этом больные отрицают у себя снижение настроения, депрессию.

Обсессивно-фобический вариант проявляется различными навязчивостями, страхами, опасениями. Наркотический вариант – стремлением к алкоголизации, к псевдозапоям.

Определить депрессивное состояние позволяет ряд симптомов: чувство повышенной утомляемости, слабости со снижением витального тонуса, витальный оттенок сниженного настроения ("тяжесть на душе, сердце ноет, шемит, сдавливает"), ощущением упадка сил, явления двигательного беспокойства до развития ажитированного состояния или психомоторной заторможенности с возникновением субступорозных и ступорозных состояний, пессимистическая настроенность, самоупреки, чувство вины, идеи самообвинения, самоуничтожения, потеря сна, потеря интереса к своим обязанностям и профессиональной деятельности, снижение концентрации внимания, трудности в переработке новой информации и осуществления выбора, снижение сексуального влечения, потеря массы тела, запоры, нарушение менструального цикла, изменения артериального давления и пульса.

Наличие хотя бы пяти из перечисленных симптомов в сочетании со сниженным настроением при длительности болезни более двух-трех недель является вполне достаточным для диагностики скрытой депрессии.

Лечение скрытой депрессии, согласно рекомендации В.Ф. Десятникова, следует проводить в три этапа. На первом этапе больным назначают малые дозы антидепрессантов с седативным действием (пиразидола, амитриптилина, лудиомила, леривон) в сочетании с малыми дозами транквилизаторов (седуксен, сибазон, реланиум, элениум, феназепам) с постепенным увеличением кратности приема и дозы. Подключаются

препараты для стабилизации вегетативных проявлений – эглонил. На втором этапе на основе анализа скрытых аффективных расстройств проводится терапия собственно депрессивных расстройств в зависимости от типа (меланхолического, астенического, апатического, астенического, тревожного и др.). В некоторых случаях используют нейрелептики с выраженным гипнотическим эффектом: пропазин, хлорпротиксен, тиоридазин (сонапакс), терален. На третьем этапе проводят терапию резидуальной симптоматики заболевания с постепенным снижением и отменой препаратов. По наблюдениям В.Н. Синицкого, при скрытой депрессии эффективны применение небольших доз финлепсина (по 100 мг 2-3 раза в день) или карбоната лития (по 300 мг 2-3 раза в день) в сочетании с небольшими дозами антидепрессантов. Назначается терапия гомеостатических сдвигов, и параллельно проводится психотерапия. Применяют не лекарственные методики, действующие на депрессивный радикал – депривация сна. Депривация (лишение) сна – метод тем более эффективный, чем грубее выражены депрессивные расстройства. Депривация сна может быть самостоятельным методом лечения больных с последующим переходом к антидепрессантам. Методика благополучно применяется и у больных, резистентных к фармакотерапии, а также для улучшения возможностей фармакотерапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭСТ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.В. Третьяков, К.Г. Кудымова

ПНД РО г. Новочеркасск

E-mail авторов: kudymova_christina@mail.ru

Большинство исследований по изучению применения электросудорожной терапии у пациентов пожилого возраста с шизофренией проводились в течение 1950-х и 1960-х годов.

На настоящий момент имеется достаточно данных, обосновывающих целесообразность проведения ЭСТ у возрастных пациентов.

За последние десятилетия применения ЭСТ в отечественной и зарубежной психиатрической практике выработались определенные взгляды на эту проблему, которые в настоящее время можно считать общепринятыми.