НЕОБХОДИМОСТЬ ВВЕДЕНИЯ В МКБ-11 КАТЕГОРИИ «РЕЛИГИОЗНЫЕ И ДУХОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ»

(THE NEED FOR A CATEGORY OF RELIGIOUS AND SPIRITUAL PROBLEMS IN ISD-11)

W.KH. ABDUL-HAMID

INT PSYCHIATRY 2011; 8: 3: 60—61 (АНГЛ.)

Известно, что в настоящее время по инициативе ВОЗ создана и активно работает группа по разработке новой версии Международной классификации болезней — МКБ-11. Должен быть создан ее более усовершенствованный вариант с учетом практики применения МКБ-10 в разных странах. Эта практика, по мнению автора статьи, дает основание предложить включить в МКБ-11 проблемы психического здоровья, связанные с религиозной и духовной жизнью человека (подобные проблемы отражены в американской классификации DSM-IV-TR — категория V62.89 «религиозные или духовные проблемы»). Впервые с этой проблемой автор столкнулся в 1988 г., когда работал в Лондоне в области общего и психического здоровья бездомных. Он обнаружил связь некоторых особенностей поведения таких людей с их религиозным мировоззрением, которые не всегда можно интерпретировать как проявления психических расстройств. Врачи должны знать некоторые важные черты основных религий, которые влияют не только на поведенческие проявления психической патологии, но и на эффективность лечения. Религиозные вопросы в психопатологическом аспекте достаточно универсальны в том отношении, что существует бред религиозного содержания и особенности поведения, определяемые религиозными воззрениями. Важно, например, иметь в виду, что во многих традиционных культурах еще сильны представления о «дьявольской силе», которые не должны трактоваться как бредовые идеи. Кроме того из работы S. Dein (2006) известно, что у глубоко религиозных людей реже развивается депрессия и они быстрее выходят из нее. По психометрическим шкалам было также установлено, что религиозных людей (обычно обследовались студенты университетов) характеризуют более низкие показатели шкалы депрессии и, по данным авторов соответствующих работ, — они были в целом «более счастливы». Эти черты особенно свойственны жителям мусульманских стран (Кувейт, Иран) и меньше в указанном аспекте изучены представители других религий. Все это делает весьма актуальной научную и практическую разработку вопросов в психиатрических аспектах. Работа в этом направлении должна быть ориентирована прежде всего на повышение осведомленности психиатров в области культуральных и духовных контекстов жизни их пациентов. Примером может служить подготовленная в США к выпуску в 2011 г. книга J.R. Reteet и соавт. «Вопросы религии и духовная жизнь в психиатрической диагностике» («Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis»). Поднятые в статье вопросы, по мнению автора, приобретают особое значение в настоящее время, характеризующееся мощными потоками иммиграции из одних стран в другие, что выдвигает проблемы транскультуральной психиатрии, в том числе и в духовном аспекте, на первый план.

Библ.: 16 названий
Великобритания,
London Medical Sschool,
London
e-mail: walid.abdul-hamid @nepft.mhs.uk

ВЛИЯНИЕ ДОЗ ФЛУПЕНТИКСОЛА ДЕКАНОАТА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ОБОСТРЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

(THE EFFECTS OF DOSES FLUPENTIXOL DECANOATE ON RELAPSE RATES IN SCHIZOPHRENIA)

P. REED, T. FANSHAWE

THE PSYCHIATRIST 2011; 36: 8: 293—296 (АНГЛ.)

В современной психиатрии основным методом лечения психозов в остром состоянии и для профилактики обострений являются антипсихотические средства. Особенно удобны для предупреждения обострений психозов нейролептики пролонгированнного действия (пролонги, депопрепараты). В этом случае, поскольку речь идет о продолжительном лечении, важным является вопрос о подборе оптимальных доз лекарственных средств. По мнению авторов, этот вопрос еще требует специального исследования. Именно в этом направлении была выполнена настоящая работа. Она была основана на информации, имеющейся в Кохрейновской библиотеке и в MEDLINE. Было установлено, что в отношении предупреждения рецидивов шизофрении оптимальными являются дозы 50—60 мг каждые 4 нед. Эти дозы намного ниже обычно назначаемых в практической психиатрии (соответствующие данные приведены в виде таблицы). Авторы предполагают, что и указанные выше оптимальные дозы у некоторых больных могут быть снижены.

Библ.: 24 названия
Великобритания,
Royal Blackburn Hospital,
Blackbour, Lancashire.
e-mail: paul.reed@ lancashirecare.nhs.uk

НЕЙРОАНАТОМИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ЛОБНО-ВИСОЧНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

(NEUROANATOMICAL PROFILES OF PERSONALITY CHANGES IN FRONTOTEMPORAL LOBAR DEGENERATION)

S.J. MAHONEY, T.D. ROHRERE, M.N. ROSSOR, J.D. WARREN

BTIT J PSYCHIATRY 2011; 198: 5: 365—372 (АНГЛ.)

До сих пор для специалистов в области психиатрии важным является вопрос о нейробиологической основе особенностей личности и личностных расстройств. При изучении этой проблемы определенную ценность может представлять лобно-височная дегенерация, которую в данном случае можно рассматривать как определенную модель изменений личности, отражающихся в патологии поведения. Авторы сделали попытку подойти к выяснениию рассматриваемой проблемы с использованием метода магнитно-резонансной томографии с voxel-анализом ее данных и оценкой личностных особенностей по специальному опроснику. Этот опросник ориентирован на определение 5 основных черт личности на основе их сопоставления с соответствующими преморбидными характеристиками. Установили, что при лобно-височной дегенерации происходят изменения личности в сторону уменьшения экстравертированности, открытости, добросовестности/совестливости и способности приходить к согласию, а также увеличения черт невротизма. На анатомическом уровне этому соответствовало уменьшение серого вещества в передних отделах лобно-височных областей и относительная сохранность в задних их регионах. Наиболее четкой эта корреляция была между признаками уменьшения добросовестности/совестливости и изменениями в задней верхней височной извилине.

Библ.: 61 название
Великобритания,
Institute of Neurology,
London
e-mail: jwarren@drc.ion.ucl.ac.uk

МОЗГОВЫЕ СЕТИ МЕЖСТРУКТУРНЫХ СВЯЗЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИХ СИБЛИНГОВ

(BRAIN NETWORK CONNECTIVITY IN INDIVIDUALS WITH SCHIZOPHRENIA AND THEIR SIBLINGS)

G. REPOVS, J.G. CSERNANSKY, D.M. BARCH

BIOL PSYCHIATRY 2011; 69: 10: 967—973 (АНГЛ.)

В англоязычной нейроанатомической литературе для обозначения сетей межструктурных (межклеточных) связей общепринятым является термин «network connectivity». Шизофрения в этом аспекте рассматривается как синдром нарушения внутримозговых связей — disconnection syndrome. В статье отражены результаты изучения таких сетей в генетическом (семейном) аспекте. Исследовали с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии не только больных шизофренией, но и их сиблингов, т.е. братьев и сестер. Обследовали 40 больных шизофренией (при диагностике заболевания по DSM-IV-TR) и 30 их сиблингов, а также 15 здоровых и 18 их сиблингов. Сопоставляли клиническую симптоматику болезни, когнитивные нарушения и показатели МРТ, относящиеся к фронтопариетальным, цингулярно-оперкулярным и мозжечковым связям. У больных шизофренией когнитивным нарушениям соответствовала редукция дистальных и иногда усиление локальных связей. Активация фронтопариетальных и мозжечковых связей была предиктором лучшего состояния когнитивных функций в группах больных и их сиблигнов и некоторого ослабления «симптомов дезорганизации» у больных. Эти результаты, по мнению авторов, соответствуют гипотезе, согласно которой нарушения исполнительных функций и когнитивного контроля при шизофрении являются следствием патологии внутримозговых связей, причем эти изменения могут возникать в периоде развития нервной системы, предрасполагая к возникновению заболевания.

Библ.: 47 названий
США,
Washington University in Saint Louis,
Saint Louis, MO
e-mail: dbarch@artsci.wustl.edu.

ЭТИКА НЕОФИЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА: ПРЕИМУЩЕСТВА И ОПАСНОСТИ

(THE ETHICS OF UNSOLICITED DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDER IN ACQUAINTANCES: BENEFITS AND DANGERS)

E.W. MITCHELL

THE PSYCHIATRIST 2011; 35: 8: 297—301 (АНГЛ.)

Автор статьи обращает внимание на ситуации, когда психиатр в неофициальной обстановке, т.е. вне условий взаимоотношения врача и больного, позволяет высказываться в отношении возможного наличия у того или иного лица (это могут быть знакомые и незнакомые люди, друзья, члены семьи, коллеги, партнеры и др.) особенностей поведения, напоминающих симптомы психических заболеваний. Иногда о таких высказываниях говорят как о «диагнозах мимоходом». Они могут иметь место в кругу коллег, при просмотре телепередач, на дружеских вечеринках, при посещении портретных галерей и даже «при первом рукопожатии». Редко соответствующие «предположения» врач высказывает и самому «потенциальному больному». Последствия таких диагнозов практически непредсказуемы, так как зависят не от врача, ибо к нему за помощью никто не обращался, а от личностных особенностей «пациента» и общей ситуации, в которой он находится. Здесь возможны крайние варианты: иногда предположение психиатра активизирует человека в отношении своевременного обращения к врачу, обследования и лечения, но чаще последствия бывают негативными — от «навешивания ярлыка» психически больного (стигматизации) до суицидов. Основное содержание статьи посвящено опасностям и вреду, который может быть нанесен неофициальным диагнозом. Деонтологический аспект медицины требует особой осторожности в профессиональном поведении психиатра.

Библ.: 35 названий

Великобритания,
Warneford Hospital,
Oxford
e-mail: mitchel @fulbrightmaill/org

Читайте в следующем номере

- Неврологические осложнения и ЭЭГ после аортокоронарного шунтирования
- Атипичная монополярная и биполярная депрессия
- Эпидемиология рассеянного склероза