

ЗМІСТ

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Головокружение: современные аспекты дифференциальной диагностики и лечения
Е.Г. Дубенко 16-17

Сосудистые когнитивные расстройства: новое в диагностике и лечении
И.В. Дамулин, Т.С. Мищенко, А.Б. Гехт 30-32

Хвороби серцево-судинної системи та епілепсія
Н.М. Грицай, О.В. Санік 36-37

Ранние и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы: медико-социальные аспекты и возможности нейропротекции
В.Н. Шевага 45

Болевой синдром в плече-лопаточной области: современные подходы к диагностике и лечению
А.С. Никифоров, О.И. Мендель 48-49

Розлади адаптації
І.В. Коваленко, Г.С. Московко 57-58

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Програмно-цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом
І.А. Марценковський, Я.Б. Бікшаєва, І.І. Марценковська та ін. 54-56

НЕВРОЛОГІЯ

Синдромы гиперактивной дисфункции черепных нервов: клиника, диагностика, лечение
Ю.П. Зозуля, В.О. Федірко 6-9

Инсульт у молодых пациентов
Л.А. Дзяк, Е.С. Цуркаленко 12-15

Терапевтическое использование ницерголина
Bengt Winblad, Mario Fioravanti, Tomas Dolezal и др. 18-19

Возрастные расстройства памяти: возможности дофаминергической терапии
Н.Ю. Бачинская 23

Системный медикаментозный тромболитизис в остром периоде ишемического инсульта
М.А. Домашенко, М.Ю. Максимова, М.А. Лоскутников и др. 24-25

Комбинированная фармакотерапия эпилепсии и проблема выбора антиконвульсантов
С.Г. Бурчинский 27-28

Применение Трентала во вторичной профилактике инсульта и при хронической недостаточности мозгового кровообращения
О.Л. Бадалян, С.Г. Бурд, А.С. Погосян и др. 28-29

Немоторные флуктуации при болезни Паркинсона
О.С. Левин 33

Боль и депрессия при болезни Паркинсона: новые терапевтические возможности прамипексола
И.В. Литвиненко 35

Мультицентровое исследование эффективности и безопасности препарата Кавинтон у больных с цереброваскулярной недостаточностью
Е.И. Чуканова, А.А. Никонов 39-40

Окончательные результаты исследования BENEFIT, представленные на Всемирном конгрессе по рассеянному склерозу, WCTRIMS 2008 41

Габапентин в купировании боли
Jianren Mao, Lucy L. Chen. 43-44

Імуномодулююча терапія при розсіяному склерозі
Т.О. Кобись 50

ПСИХІАТРІЯ

Возможности получения раннего терапевтического ответа и достижения полной ремиссии при депрессии
О.С. Чабан 4-5

Применение солиана у пациентов, зависимых от опиоидов
И.В. Линский, А.И. Минко, Е.С. Самойлова и др. 21-22

Нейролептики в фармакотерапии биполярных аффективных расстройств: возможности выбора
С.Г. Бурчинский 52-53

ПСИХОТЕРАПІЯ

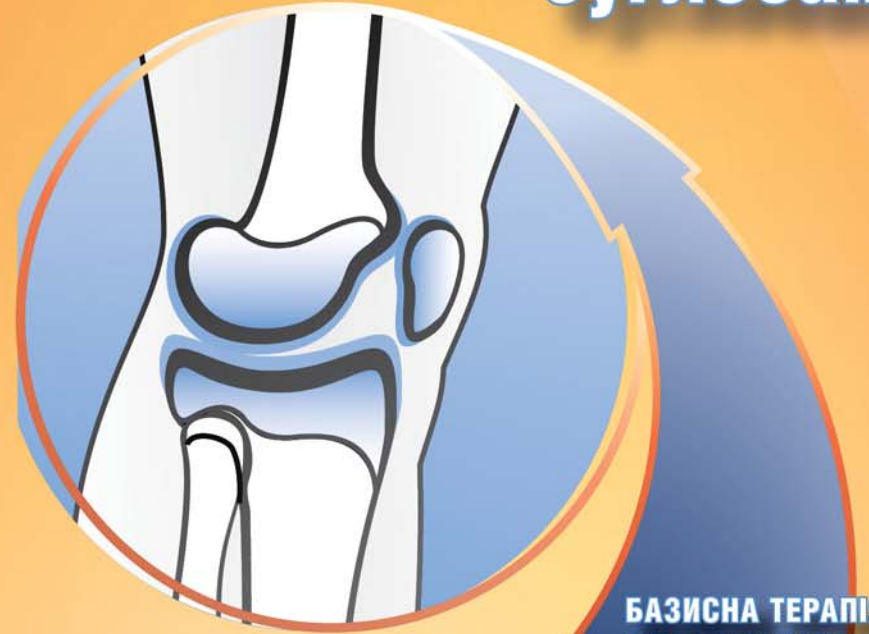
Консультирование по случаям интенсивной манипуляции и социальной зависимости: реабилитация и профилактика
Е.Н. Волков 51-52

○ ТЕРАФЛЕКС АДВАНС

○ ТЕРАФЛЕКС
○ ТЕРАФЛЕКС М

Перші комбіновані хондропротектори з доведено ефективним складом^{1,2} для лікування захворювань суглобів

ДОПОМОГА
ВТОМЛЕНИМ
СУГЛОБАМ



БАЗИСНА ТЕРАПІЯ
І ПРОФІЛАКТИКА
ЗАГОСТРЕНЬ
(2-6 місяців та більше)

• Терафлекс по 3 капсули на добу

НА ПРОТЯЗІ
УСЬОГО ПЕРІОДУ
ЗАГОСТРЕННЯ

З ПОСИЛЕНИМ
ЗНЕБОЛЮЮЧИМ
ЕФЕКТОМ

- Терафлекс Адванс по 2 капсули 3 рази на добу після прийому їжі
- Терафлекс М крем 2-3 рази на добу на шкіру в області пошкодженого суглобу



Bayer HealthCare
Consumer Care*

Регістраційне посвідчення ліків: Регістраційне посвідчення МОЗ № UA71100101 від 08.10.07.
UA71100101 від 11.03.07, UA71100101 від 20.03.06, UA71100101 від 16.02.06,
UA71100101 від 10.06.04, UA71100101 від 22.01.06

Лікарі використовують об'єктивні показники, зокремово, швидкість, наприклад, швидкість в крові. Збільшення швидкості, наприклад, швидкість в крові.

*Bayer HealthCare Consumer Care

1. Chiggy D. O., Riede D. J., Harris C. L., et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. N Engl J Med. 2006; Feb 23; 354(8): 796-806.
2. Cohen M., Wolfe R., Mai T., Lewis D. A randomized, double blind, placebo controlled trial of a topical cream containing glucosamine sulfate, chondroitin sulfate, and camphor for osteoarthritis of the knee. J Rheumatol. 2003; Mar; 30 (3): 523-8.

Консультирование по случаям интенсивной манипуляции и социальной зависимости: реабилитация и профилактика

В предыдущей статье были описаны основные подходы к экстренной помощи жертвам деструктивных культов, в этой речи пойдет уже о реабилитации, хотя на деле жестких границ между этими этапами нет.

Реабилитация культивистов отчасти схожа с реабилитацией жертв других форм насилия или жертв катастроф и войн, но есть и немало серьезных отличий. Эти различия начинаются уже с момента первичного консультирования, поскольку главной проблемой оказывается само признание ситуации социально-психологического насилия и манипулятивной эксплуатации и соответствующих последствий. Я оставляю в стороне случаи сексуального и физического насилия в культах, поскольку они не определяют специфику культового травмирования и оказываются вторичными факторами, требующими только уже установленных методов терапии и реабилитации. Кроме того, для некоторой части культов случаи физического и сексуального насилия носят несистематический характер, а в некоторых отсутствуют вовсе, что не делает их менее травмоопасными для сознания и психики индивида и не снижает их деструктивного воздействия на структуру и качество социальной жизни адептов.

Для лучшего понимания специфики и масштабов того вреда, который наносится в группах с интенсивным манипулированием и навязыванием социальной зависимости, приведу сначала краткий вариант основных видов ущерба, проявляющегося в:

- искажении и/или затруднении восприятия действительности у мишеней воздействия;
- в препятствовании информированному, самостоятельному и свободному выбору индивида в отношении своих мыслей, поведения и образа жизни;
- в манипулятивном, а затем и в прямом принуждении к антисоциальному во многих отношениях образу жизни, образу мыслей, эмоциональному состоянию и поведению;
- в нарушении нормального психологического и социального развития индивида и/или препятствовании таковому;
- в заметном усугублении акцентуаций или психопатологических проявлений;
- в возникновении физического вреда и/или имущественного ущерба.

Американские специалисты Дж. Росс и М. Лангоуни дали более детальное описание потерь и опасностей, которые ожидают людей в культах:

- **Физический ущерб**
- Возросшая восприимчивость к несчастным случаям, болезням и общему утомлению.
- Неполноценность питания.
- Увеличение риска заболеваний, передаваемых половым путем (в культах, где нормами являются беспорядочность в половых связях и/или проституция).
- Избиение, особенно детей.
- Сексуальные злоупотребления, особенно в отношении женщин и детей.
- Преждевременная смерть из-за не отвечающего требованиям медицинского ухода.

Финансовый ущерб. Финансовая зависимость от культа оставляет приверженцев без средств в случае медицинской или иной срочной необходимости. Если они хотят уйти, у культивистов часто нет денег, чтобы это сделать. Наконец, если они ухитряются уйти (при помощи со стороны, например), они могут не иметь средств, чтобы содержать себя в некультовом мире. Многие состоятельные адепты передали культам огромные финансовые суммы для управления по доверенности.

Психологический вред

- Потеря автономии, уменьшенная способность принимать решения и выносить критические суждения (особенно в группах, где участники полагаются на вышестоящих членов или лидера при принятии этических и практических решений, таких как стоит ли жениться, оставить работу, ходить в колледж, посетить родителей и т.п.). Этот род ущерба более вероятен там, где ограничен или отсутствует доступ к источникам информации.

- Задержка достижения зрелости (например, 30-летний мужчина, который никогда не назначал свиданий из-за культовых запретов).

- Психические расстройства, такие как галлюцинации, искаженные восприятия реальности, расщепленная личность, нервные срывы, психопатические эпизоды, паранойя, мания величия, регрессия к детскому поведению, суицидальное (направленное на самоубийство) мышление (эти симптомы более вероятны для групп, поддерживающих широкое использование методик остановки мышления).

- Радикальные изменения личности.
- Ослабленная психологическая интеграция, то есть разобщение с документальной семьей, наследием, друзьями, ценностями и личностью, с будущими целями.

- Культивисты могут стараться существовать в узком, имеющем одно измерение настоящем, отвергая прошлое и будущее.

- Отчуждение, враждебность, паранойя и апатия в отношении общепризнанного общества.

- Ослабленная способность к независимому критическому мышлению.

Социальный ущерб. Расхваливая абсолютную праведность своего дела, культы порождают враждебность и неуважение к ценностям, институтам, законам, собственности и культурным нормам общепризнанного общества. В результате культовой обработки адепты часто чувствуют, что они имеют право участвовать в мошеннической или даже деструктивной деятельности, варьирующейся от обманного (провокационного) подстрекательства до действительного причинения вреда тем, кого культ провозгласил «врагами».

По существу, культы могут лишить своих членов совести, лишая чувств ответственности в отношении «внешнего мира» и преуменьшая ценность жизни индивида до такой степени, когда некоторые члены готовы отдать свою собственную жизнь или жизнь других людей во имя «дела» [1].

Из приведенных перечней хорошо виден масштаб разрушения личности в манипулятивно-культовых группах, но необходимо указать еще и на глубину и тяжесть социально-психологического травмирования. У бывших членов культов нередко встречаются те или иные формы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), возникают серьезные когнитивные расстройства (бывший адепт «трансцендентальной медитации» после 10 лет практик этого культа, например, обнаружил при возвращении в нормальную жизнь, что потерял способность понимать и запоминать содержание читаемых текстов; ему понадобились месяцы тренировок для восстановления этой функции [2]) и существенно регрессируют многие социальные умения и навыки.

Реабилитация культивистов, таким образом, это по необходимости многосторонний и длительный процесс, об особенностях которого и о накопленном опыте специалистов других стран профессионалы

СНГ имеют пока явно недостаточные знания. Только осенью прошлого года вышел первый, по сути, большой сборник с переводами работ, описывающих опыт подобной реабилитации в США, и с анализом некоторых особенностей российской практики «Исцеление от «рая»: реабилитация и самопомощь при социальной зависимости» [3]. Из еще не опубликованных на русском языке работ отмечу капитальный коллективный труд «Исцеление от культов: помощь жертвам духовного и психологического насилия» [4] и книгу Дж. Лалич и М. Тобиас «Верни свою жизнь: реабилитация после культов и насильственных отношений» [5].

В США наиболее известен частный Веллспрингский реабилитационный центр в штате Огайо (Wellspring Retreat and Resource Center) [6]. Этот центр специализируется именно на реабилитации тех, кто уже покинул культы и прошел консультирование «о выходе» (exit counseling) или получил другую первичную помощь и добровольно решил заняться восстановлением своей личности. Один из бывших клиентов этого центра, бывший член Церкви объединения с шестилетним стажем Инго Михель так описывает подходы и принципы двухнедельного курса терапии: «Применяемая в Веллспринге модель исцеления основана на давнишней и несколько подзабытой модели трансактного анализа (ТА), а также на моделях, применяемых для лечения выживших жертв травм, вызванных насилием в семье или войной. ...Модель ТА травмы и исцеления адаптирована и иллюстрирована Реном Берком (Ron Burks) из Веллспрингского Центра реабилитации... Я, посетив там двухнедельную программу реабилитации, нашел, что эта модель, возможно, наиболее близка к существу проблемы и ценна в качестве «дорожной карты» («путеводителя») для исцеления от культовой травмы, и я излагаю ее так, как понял сам. Модель ТА основывается на предположении, что существуют три аспекта индивидуальности, которые находятся в непрерывных взаимоотношениях:

1. Родитель – разделенный на «Заботящегося родителя» (ЗР) и «Критического родителя» (КР). Этот аспект включает позиции «Должен» и «Обязан» (например, «ты должен действовать именно так»), а также позитивные или негативные послания.

2. Взрослый – исследующий сенсорные данные, сообщаемые органами чувств; принимает решения, основанные на логике.

3. Ребенок – разделенный на «Свободного ребенка» (СР) и «Адаптированного ребенка» (АР), который является послушным и покорным.

Эти внутренние взаимодействия (трансакции) и их последствия анализируются так же, как взаимодействия (интеракции) между индивидуумами. Р. Беркс утверждает следующее:

- Контроль сознания объясним обычной теорией консультирования.

- Контроль сознания – это то, что относится к организации мозга, а не только к техникам (воздействия).

- Нет никакого секретного центрального учебного центра для культовых лидеров в Ираке.

- Культовые лидеры не более эффективны, чем ЦРУ и КГБ» [7].

Далее излагаются общеизвестные основы ТА с проецированием их на коммуникации в культе и делается вывод, что основным травмирующим фактором являются



Е.Н. Волков

пересекающиеся трансакции: «В результате повторяющихся пересекающихся трансакций близость, построенная на доверии, заменяется интенсивностью, которая может превращаться в форму эмоциональной аддикции. Хотя такие отношения болезненны и патологичны, они могут обеспечивать интенсивное стимулирование, которое укрепляет зависимость. Каждая пересекающаяся трансакция, открытая или скрытая, причиняет психологическую травму. Если использовать аналогию физической травмы, маленькая пункция кончика пальца может быть несущественной, но непрерывная и последовательная повторная травматизация приведет к повреждению, которое может причинить серьезные проблемы и даже смерть из-за инфекции или потери крови. Точно так же паттерны отношений, характеризующие пересекающимися трансакциями, могут причинять серьезный психологический ущерб, особенно с учетом среднего числа потенциально вредных трансакций, получаемых индивидуумом каждый день. Культовые лидеры и другие злоумышленники используют пересекающиеся трансакции, чтобы разрушить у своих последователей самоуважение и уверенность в себе с целью добиться запрещенными приемами полного повиновения, податливости и зависимости» [7].

Культивист «не может перерабатывать такие эмоции, как гнев и боль, будучи униженным. Вместо этого они выталкиваются в своего рода «эмоциональный резервуар». В результате «эмоциональный резервуар», используемый растущей личностью только для кратковременного хранения чрезвычайно ранящих стимулов (вроде травмирующих эмоций от несчастных случаев), которые будут переработаны позже, становится постоянным хранилищем. Поэтому «эмоциональный резервуар» члена культа наполняется до предела и избыточное давление «извергается» в форме вспышек гнева и т.п.

Растущая личность перерабатывает интенсивные эмоции в связи с происходящими событиями. Эти полные и переработанные воспоминания могут быть сравнены с «заполненными резервуарами». Однако член культа, которому не разрешают испытывать его чувства, хранит факты без чувств скорее как «пустые резервуары». В результате культивист отделяется или диссоциируется от своих реальных эмоций, чем можно объяснить часто возникающие внешние проявления зомбиподобности» [7].

В соответствии с данной моделью реабилитации (от лат. rehabilitation), что означает «жить заново», – это процесс аннулирования воздействия деструктивных паттернов отношений и коммуникации и восстановления естественного способа переработки эмоций. Основываясь на вышеупомянутых моделях, логично предположить, что ЗР и СР необходимо воодушевлять в обстановке безопасности и доверия, и что Взрослый активизируется, чтобы установить вину, исследовать внутренний диалог между Родителем и Ребенком и сортировать чувства на основе проверки реальностью.

Главные цели реабилитации, таким образом, следующие:

1. «Осушить эмоциональный резервуар».
2. Жить без культовой поддержки.
3. Перерабатывать эмоции по мере их возникновения.

Продолжение на стр. 52.

Е.Н. Волков, к.ф.н., Государственный университет – Высшая школа экономики, Нижегородский филиал, Россия

Консультирование по случаям интенсивной манипуляции и социальной зависимости: реабилитация и профилактика

Продолжение. Начало на стр. 51.

4. Жить с позицией «Я – О'кей, ты – О'кей» [10].

Описанная модель, несмотря на ряд претензий к методу ТА, хорошо показывает основную логику восстановления индивида после культовой «мясорубки». Во-первых, необходима какая-то подробная объяснительная концепция воздействия в культе и той травматичной уязвимости, которую человек неожиданно открыл в себе. Во-вторых, требуется довольно длительный и хорошо организованный процесс переживания – и рефлексивно, и эмоционально – основных моментов как культовой истории, так и всей предшествовавшей ей биографии. В-третьих, предлагается обновленная система мировоззрения, позволяющая интегрировать докультовую жизнь с культовой и посткультовой, без чего невозможно исцеляющее обновление индивида как такового. В-четвертых, должна быть предусмотрена и программа ресоциализации, помогающая бывшему культисту перейти из состояния «избранного отщепенца» в состояние обычного человека обычного общества.

Многие важные подробности такого перехода и рекомендации по самопомощи дает Венди Вольфберг (Форд) в глубоко продуманной и лично прочувствованной работе «Реабилитация пострадавших от группового психологического насилия и от авторитарных лидеров» [8] (я упоминал ее историю в предыдущей статье).

«Лучше болезнь предупредить, чем потом ее лечить» – этот абсолютно верный лозунг профилактики вспоминается каждый раз, когда приходится оказывать помощь как родственникам жертв манипуляций, так и самим культистам. Попытки разработать и внедрить стратегию и конкретные программы предупреждения манипулятивного насилия и повышения устойчивости граждан к этой специфической опасности, а также предложить направления и формы участия государства и общества в решении культовой проблемы предпринимались на протяжении последних сорока с лишним лет как в США, так и в Западной Европе. Основные результаты можно обобщить в следующие тезисы [9].

Первый уровень социального вмешательства в противодействие культовой активности должен включать:

1. Признание проблемы культов реально существующей и общественно значимой. Признание должно быть не декларативным, а выраженным в изменении законодательства и в создании соответствующих структур с необходимыми полномочиями.

2. Разработку и внедрение просветительских программ и программ специализированной социальной помощи. Это серьезная задача для системы образования и для социальных служб. Весьма ценный опыт просветительской антиманипулятивной деятельности в Украине уже накоплен и нуждается лишь в развитии и распространении [10, 11].

3. Развитие и укрепление основных семейных ценностей и здоровых семейных отношений, поскольку именно проблемы первичной социализации индивида создают, в частности, почву для культовой уязвимости.

4. Исследования всех факторов риска вовлечения в культы.

Второй уровень связан с противодействием определенным культовым группам и организациям и предполагает:

1. Критическое освещение и разоблачение той или иной организации и ее лидеров. Происходит с помощью, действующей

на основании закона организации, которая делает публично доступными описания всех последствий участия или членства в соответствующей группе, а также биографии лидеров, критические свидетельства участников и экспертные мнения специалистов. В медицине это называют обеспечением полностью информированного согласия.

2. Обеспечение финансовой прозрачности – получение отчета об использовании финансовых средств в культовых организациях посредством повышения внимания налоговых органов к такого рода структурам. В случаях обнаружения признаков нарушения налогового законодательства в судебном порядке переводить подобные организации в статус коммерческих.

3. Обеспечение гражданских, социальных и трудовых прав членов культов посредством инициируемых правоохранительными органами проверок без их личных заявлений.

4. Изъятие из культа его участников на определенный промежуток времени для обследования объективными агентами общества, то есть судом и назначенными им медицинскими и социальными службами, в случае обоснованной озабоченности их физическим, социальным и психическим здоровьем.

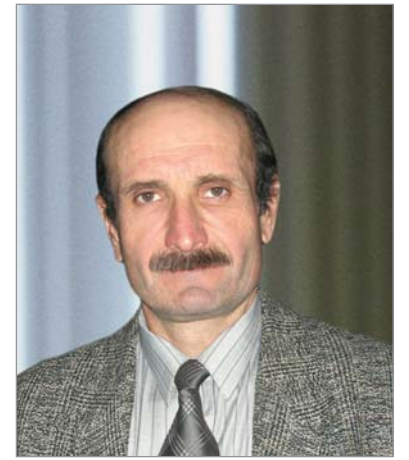
Третий уровень – это, собственно, программы консультирования и реабилитации бывших членов культов, реализуемые государственными, общественными и частными организациями. Современное состояние и содержание таких программ как раз и описано в моих статьях. За более подробным изложением отсылаю к указанной в сносках литературе, а пока позволю себе поставить точку.

Литература

- Ross, J.C., Langone, M.D. Cults: What Parents Should Know. A practical guide to help parents with children in destructive groups. A Lyle Stuart Book, N.Y., 1989. Pp. 32-34 (есть неопубликованный перевод на русский язык: Росс Дж. К., Лангоуни М.Д. Культи: что родители должны знать. Практическое руководство для оказания помощи родителям, чьи дети оказались в деструктивных группах).
- Ryan P.L. A Personal Account: Eastern Meditation Group. In: Recovery from cults: help for victims of psychological and spiritual abuse / edited by M.D. Langone. W.W. Norton, N. Y., 1995. Pp. 129-139.
- Исцеление от «рая»: реабилитация и самопомощь при социальной зависимости / Под науч. ред. Е.Н. Волкова. – СПб.: Речь, 2008.
- Recovery from cults: help for victims of psychological and spiritual abuse / edited by M. D. Langone. W. W. Norton, N. Y., 1995.
- Lalich J., Tobias M. Take Back Your Life: Recovering from Cults and Abusive Relationships. Bay Tree Publishing, Berkeley, California, 2006.
- <http://wellspringretreat.org/>
- Михель И. Культовая травма и реабилитация // Исцеление от «рая»: реабилитация и самопомощь при социальной зависимости. – СПб.: Речь, 2008. – С. 122, 124-125.
- Форд В. Реабилитация пострадавших от группового психологического насилия и от авторитарных лидеров // Исцеление от «рая»: реабилитация и самопомощь при социальной зависимости. – СПб.: Речь, 2008. – С. 209-337.
- Излагаемая модель профилактики является модифицированным и дополненным вариантом идей американского психиатра Луиса Уэста: West L.J. Persuasive Techniques in Contemporary Cults: A Public Health Approach. Cultic Studies Journal, 1990, Vol. 7, N. 2. Pp. 139, 140.
- Мерзлякова Е. Профилактика социально-психологической зависимости: опыт разработки и реализации образовательных программ // Журнал практического психолога. – 2008. – № 4. – С. 27-50;
- Мерзлякова Е., Петухов В.Э. Опыт профилактики культового влияния в национальной системе образования // Журнал практического психолога. – 2008. – № 4. – С. 51-65.

С.Г. Бурчинский, к.м.н., Институт геронтологии АМН Украины, г. Киев

Нейролептики в фармакотерапии расстройств:



С.Г. Бурчинский

Проблема биполярных аффективных расстройств (БАР) является одной из ведущих проблем современной психиатрии. Внимание мирового психиатрического сообщества привлечено к данной патологии не случайно. Высокий риск суицидальных попыток, выраженность витальной симптоматики, сложности в выборе эффективной лечебной тактики, значительная частота случаев резистентности к схемам фармакотерапии подтверждают актуальность проблемы БАР в психиатрической практике и обуславливают необходимость совершенствования диагностики и оптимизации медикаментозного лечения таких больных.

По клиническим проявлениям БАР подразделяются на I и II тип. При I типе отмечаются различные по выраженности и длительности маниакальные и депрессивные эпизоды. При II типе вместо типичных маниакальных эпизодов отмечается «гипоманиакальное» состояние. В DSM-IV также выделяют БАР с быстрым чередованием эпизодов – наиболее тяжелую клиническую форму с неблагоприятным прогнозом и высокими показателями суицидов.

Показатели распространенности БАР в популяции различаются по странам и регионам и составляют в среднем 1,0-8,3% для БАР I типа и 5,3-11,0% для БАР II типа. В то же время соотношение частоты случаев уни- и биполярных депрессивных расстройств в популяции составляет от 4:1 до 6:1.

В ряде случаев дифференциальная диагностика между данными формами затруднена или вообще не проводится. Так, по данным исследователей из США, у 41% больных с биполярной депрессией установленный первичный диагноз оказывается ошибочным. Несмотря на относительно более редкую встречаемость по сравнению с униполярными депрессиями, биполярным расстройствам свойствен ряд характерных особенностей, определяющих как специфику их клинических проявлений, так и принципы фармакотерапии.

Одной из главных особенностей биполярных депрессий является меньшая длительность фаз и периодов ремиссий. Также характерными их признаками служат частота случаев неполного выхода из аффективного эпизода с формированием ремиссии с различными резидуальными проявлениями, наличие атипичных депрессивных симптомов. При этом у больных весьма часто выражены витальные проявления (нарушения сна, аппетита, изменение массы тела и т.д.), часто фиксируются признаки физического и умственного истощения, эмоциональной неустойчивости. У этих больных чаще возникает сопутствующая соматическая патология.

Кроме того, к характерным особенностям биполярной депрессии следует отнести повышенную частоту психической тревожности, а также частоту когнитивных нарушений (особенно способности к концентрации и запоминанию) и повышенную по сравнению с униполярной депрессией склонность к суициду – при нелеченном БАР до 25-50% пациентов совершают как минимум одну суицидальную попытку. Одним из возможных исходов депрессивной фазы является инверсия аффекта с переходом в манию, гипоманию или смешанное состояние с формированием континуальной смены коротких по длительности биполярных фаз (течение по типу «быстрый цикл»).

Очень частыми в клинической картине БАР являются психотические симптомы, которые возникают у 50-90% пациентов

и могут наблюдаться в любой фазе цикла. Необходимо отметить, что медико-социальные и психологические последствия депрессивной фазы существенно таковы маниакальной фазы, при том что общая длительность депрессивных эпизодов в среднем в три раза превышает такую для маниакальных эпизодов. Именно поэтому проблеме депрессий в рамках БАР придается особое значение.

Лекарственные препараты, применяемые при БАР

В то же время проблему фармакотерапии в рамках БАР необходимо рассматривать комплексно, с учетом всех составляющих патологического цикла, поскольку главными составляющими стратегии лечения БАР являются:

- лечение текущего острого эпизода;
- обеспечение максимально возможной длительной ремиссии (прерывание цикличности процесса).

В качестве основных средств для лечения БАР сегодня рассматриваются препараты лития, антиконвульсанты и нейролептики, а в качестве дополнительных – бензодиазепины (при маниакальной фазе) и антидепрессанты (при депрессивной фазе). Стратегии применения лития и антиконвульсантов в терапии БАР разработаны достаточно хорошо, однако вопросы использования нейролептиков в лечении данной патологии и выбора конкретного препарата требуют дальнейшего рассмотрения.

Преимущества нейролептиков первого поколения (галоперидола, хлорпромазина и др.) в лечении острого маниакального эпизода, особенно при клинической картине с преобладанием психомоторного и идеаторного возбуждения, экспансивного бреда и т.д., были выявлены достаточно давно. В то же время выраженные экстрапирамидные осложнения и риск инверсии аффекта (развитие депрессивной фазы) существенно ограничивают возможности упомянутых средств в лечении острой мании.

Одной из важнейших задач нового этапа развития психофармакологии стала разработка нейролептиков, не уступающих по эффективности традиционным препаратам, но превосходящих их по широте терапевтического действия и по критериям безопасности.

К препаратам нового поколения, которые называют атипичными антипсихотиками (ААП), в настоящее время относят клозапин, оланзапин, рисперидон, кветиапин, zipразон, амосульприд, арипипразол и некоторые другие. Эти препараты, обладая в целом сопоставимым по выраженности антипсихотическим действием, превосходят конвенционные нейролептики по широте клинико-фармакологического спектра и критериям безопасности.