

УДК 159.91.

Биполярное расстройство (БАР) у юношей 18 -20 лет

Научно - Исследовательский Центр Психотерапии

В.М.Степаненко, В.А.Барбальс

Ключевые слова: биполярное расстройство, заболевание, психическое отклонение

Введение. В Научно – Исследовательском Центре Психотерапии Санкт-Петербург, проводились исследования юношей 18 - 20 лет, на предмет - биполярного расстройства (БАР), проводилась дифференциальная диагностика и коррекция, мы пришли к выводу, что данное заболевание, занимает лидирующее место по распространенности среди юношей данного возраста. В структуре пограничных психических расстройств, послуживших причиной, занимает ведущее место. Количество юношей с установленным психическим расстройством на протяжении последних лет остается на одном уровне и, составляет 35–45% от общего числа юношей 18 -20 лет.

Bipolar disorder (BAR) in boys aged 18-20 years

Research Center for Psychotherapy

V.M.Stepanenko, V.A.Barbals

Keywords: bipolar disorder, disease, mental disorder

Introduction. In the Scientific Research Center of Psychotherapy in St. Petersburg, studies of young men aged 18-20 years were conducted on the subject of bipolar disorder (BAR), differential diagnosis and correction were carried out, we came to the conclusion that this disease occupies a leading place in terms of prevalence among young men of this age. It occupies a leading place in the structure of borderline mental disorders that caused it. The number of young men with an established mental disorder has remained at the same level in recent years and amounts to 35-45% of the total number of young men aged 18-20 years.

Цель исследования: анализ динамики структуры заболевания у юношей.

Задачи: 1. Выявить динамику изменений структуры нарушений с биполярным расстройством.

2. Выявить факторы влияющие на динамику структуры.

3. Разработать методические материалы с поставленным диагнозом и их родственников.

Гипотеза исследования: Структура (БАР) у юношей, является неоднородным динамическим образованием, выраженность компонентов, которой проявляется в зависимости от влияния внешних и внутренних факторов. Материалы и методы исследования проводились в НИЦП

Методы исследования: Теоретические и эмпирические методы (анамнез, наблюдение, беседа, тестирование, изучение и анализ данных истории болезни).

Методики: патопсихологическое тестирование, стандартизованные личностные опросники (СМИЛ, HADS, прогрессивные матрицы Равена, опросник суициального риска «Сигнал». Количественный (методы качественной и количественной обработки данных). Критерии включения в исследование: возраст от 18 лет до 20 лет, наличие направления на дополнительное патопсихологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. За период с 2019 по 2022 гг. были обследованы 139 человек. Из них юноши (28%), по результатам патопсихологического обследования вошли в группу с диагнозом расстройство личности; (11%) – с разной степенью умственной отсталости, диагноз был поставлен ранее, но по решению родителей данные не были предоставлены, по причине незнания в необходимости подачи данных), (5%) – с диагнозом шизофрения, (7%) человек с установленным диагнозом органическое расстройство личности, у (34%) было выявлена акцентуация характера и (13%) без нарушений психических процессов. Исходя из общих показателей эмоциональной сферы в методике СМИЛ, на первый план выходят нарушения в виде эмоциональной неустойчивости (57%). Это говорит о том, что одним из основных отличительных признаков расстройств личности являются эмоциональные нарушения, отмечается повышение уровня эмоционального напряжения и мнительности, а также повышение параметра эмоционального сдерживания. У обследованных в 2021 году наблюдаются высокие показатели по эмоциональной неустойчивости (46%), а также показатель внутреннего эмоционального напряжения (33%). За период исследования наблюдается разнонаправленная динамика изменений на фоне усложнения структуры

расстройств личности. Это проявляется в виде значительного увеличения в показателях общей тревожности и депрессивности, а также рисков суицидальных реакций во всех видах расстройств, что привело к смешению различных характеристик. Таким образом мы выявили, что с 2019г. доминирующим является смешанное расстройство личности. К 2021 год наблюдается рост тревожных расстройств личности (6% от числа обследованных). С 2020 года наблюдается значительный рост шизоидного расстройства личности с 9% до 35%. Подводя итоги по всем полученным данным за время исследования, с 2019г. можно говорить о том, что наблюдается динамика изменений структуры нарушений у юношей с расстройствами личности в сторону усложнения личностных компонентов. Это проявляется в повышении уровня тревожности, а также появлении депрессивного элемента. Наряду с тревогой и депрессией добавляется повышение фактора нарастания риска высокого уровня суицидальных реакций. Исходя из изменения динамики структуры расстройств личности в сторону увеличения шизоидных, смешенных и тревожных типов, и значительного повышения общего фона тревоги и депрессии, риска суицидальных реакций в этих и других типах, были составлены методические рекомендации психологической помощи в формировании адаптационных механизмов для людей с расстройствами личности. Дополнительно к адаптационной программе была составлена памятка для родственников.

- Выводы:**
1. Биполярные расстройства у юношей являются ведущей патологией выявляемой при проведении психологической экспертизы. Анализируя данные динамики структуры нарушений расстройств личности доминирующим является смешанное расстройство личности.
 2. В 2022г. наблюдается рост депрессивных и тревожных расстройств личности. Наряду с тревогой и депрессией добавляется повышение фактора нарастания риска высокого уровня суицидальных реакций. Все эти изменения отражаются в эмоциональном состоянии, что было зафиксировано повышением уровня внутреннего эмоционального напряжения, а также мнительности.
 3. Ведущими факторами, определяющими структуру расстройств личности юношей, являются: изоляционные мероприятия связанные с предупреждением распространения COVID 19, СВО - ростом неопределенности в прогнозировании будущего (безработица, военные конфликты, падение уровня жизни), ограничения социальных контактов и общения (по принципу «face-to-face») за счет роста популярности общения с использованием мессенджеров и социальных сетей (жизнь в сети).
 4. Разработанная нами программа психологической помощи юношам с выявленными расстройствами личности направлена на помощь в адаптации к

социальной среде на работе, учебе, а также при взаимодействии с близкими людьми.

Факторы рецидива

Проблема рецидива пациентов, страдающих ПРЛ, набирает актуальность с конца XX века. Терапия и реабилитация затруднена анозогнозией, своеобразием пациентов, резкими колебаниями настроения и поведения. Несмотря на прохождение длительной стационарной реабилитации, качество и продолжительность ремиссии не всегда можно гарантировать, исходя из сроков лечения. Тем не менее, многие исследователи проблем психического здоровья и зависимостей пытаются классифицировать причины рецидива заболевания, создавать классификации пусковых механизмов «срыва». Постстационарный или, как его еще именуют, амбулаторный этап реабилитации сопряжен с рядом сложностей. Пациенты находятся вне отделения и невозможно контролировать качество ремиссии, ее наличие, выполнение рекомендаций специалистов, применение назначенной поддерживающей психофармакотерапии и психотерапии. Целью нашего исследования является попытка структурировать накопленный опыт и описать факторы рецидива проявления ПРЛ. Под этими факторами мы понимаем ситуации, людей, события, чувства, мысли, воспоминания, которые провоцируют внутреннюю и внешнюю реакцию пациента. Они вызывают сильные эмоциональные реакции и быстро вовлекают в стандартные модели реагирования. С помощью клинико-биографического и анкетного метода нам удалось выделить восемь категорий факторов рецидива.

1. Эмоциональное состояние такое как депрессия, тревога, злость, страх или смущение
2. Физическое состояние, например, возбуждение, скука, усталость, голод
3. Присутствие других значимых объектов, которые вызывают неконтролируемую эйфорию, либо аффекты мстительности (гнев, обида, ревность, зависть), тем самым создается эффект эмоциональных «качелей».
4. Доступность провоцирующих веществ, предметов (алкоголь, наркотики, психотропные препараты внедицинского назначения, лезвие и прочие колющие режущие предметы, ассоциирующиеся с самоповреждением)
5. Физическая среда, такие как дом, работа, учебное заведение, клубы, бары, вечеринки
6. Социальное давление: люди, друзья в окружении пациента, которые употребляют ПАВ, в том числе и алкоголь, либо занимающиеся самоповреждением, промискуитетом.

7. Деятельность: дела, которые вызывают внутренние или внешние конфликты у пациента, в силу чего растет эмоциональное и физическое напряжение.

8. Мысли и воспоминания о прошлом негативном опыте, категоричность мышления, катастрофизация. Данная классификация способствует формированию методов самопомощи и анализа для пациентов, например, дневника самонаблюдения, где фиксируются провоцирующие рецидив ситуации из жизни в ежедневном режиме. Далее этот материал является предметом обсуждения на психотерапевтической сессии, где каждый эпизод подробно обсуждается и прорабатывается. Тем самым происходит профилактика рецидива проявления ПРЛ. Применение данной классификационной формы провоцирующих факторов в реабилитационных отделениях стационаров, амбулаторных отделениях будут способствовать структурированию материала для анализа и проработки причин рецидива пациентов с ПРЛ и могут быть полезны для психотерапевтов, психологов и социальных работников, проводящих с ними амбулаторную терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1969
- Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Академия, Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.:Питер, 2002
- Клиническая психология: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2012
- Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб.: Питер, 2002