

Я.Ходкевич

**Обозначенная темпоральная ориентировка и течение лечения больных,
зависимых от алкоголя**

Содержание

Задание. Проведение исследований и оценка значения обозначенной темпоральной ориентировки для эффекта лечения лиц, зависимых от алкоголя.

Метод. В исследование вошло 116 пациентов, начинающих амбулаторное лечение от их зависимости от алкоголя. Группа состояла из 96 мужчин и 21 женщины. Для оценки темпоральной ориентировки и отношения по времени использованы следующие пособия: Глоссарий темпоральной ориентировки АИ ОН, а также Scale Carpe Diem Fatalizm (Соболь-Квапиньской), Hedonizm.

Результаты. Полученные результаты указывают, что пациенты, начинающие лечение против зависимости от алкоголя, наиболее концентрируются на прошлом, чем настоящим в радиусе героизма и фатализма. С другой стороны, меньше всего на текущем объеме carpe diem и будущем. Женщины и мужчины вначале лечения отличаются между собой в радиусе некоторых измерений ориентировки. Различия появились также между лицами, которые окончили и прервали лечение.

Выводы. 1. Пациенты, начинающие противоалкогольное лечение отдают предпочтение прошлому и текущую темпоральную ориентировку. 2. Появляются различия между предпочтением женщины и мужчины в темпоральной ориентировке. Женщины характеризуются большей концентрацией на текущие события в объеме фатализма, а мужчины гедонистичным. 3. Темпоральная ориентировка на будущее способствует окончанию антиалкогольной терапии, зависимыми от алкоголя мужчинами. 4. Женщины, оканчивающие лечение в меньшей степени, чем прерывающие лечение концентрируются на будущем, а также на гедонистической ориентации текущей действительности.

М.Макара

**Распространение депрессивных нарушений среди пациентов в конечной стадии
почечной недостаточности**

Содержание

Задание. Депрессивные нарушения среди пациентов в конечной стадии почечной недостаточности являются часто нераспознанные, а также и нелеченные, осложняют неврологическое состояние больного. Заданием настоящей работы было сравнение частоты и утяжеление симптомов депрессии в последнем периоде почечной недостаточности. Принята во внимание зависимость от способа примененного лечения, а именно – гемодиализ, брюшинный диализ или трансплантация почки.

Метод. Исследовано 323 пациентов с конечной стадией почечной недостаточности, в том числе 206 больных, леченных гемодиализом, 64 брюшинном гемодиализом, а остальные 53 пациентов были после трансплантации почки. Для исследования подгрупп больных использована авторская анкета и инвентарь депрессии Бекка.

Результаты. Полученные результаты в инвентаре Бекка указывают на утяжеление симптомов депрессии в исследованной группе в легкой и умеренной степенях. Большее число пациентов с депрессивными симптомами находилось в группе больных с брюшинным гемодиализом, несколько меньше в подгруппе больных, леченных гемодиализом. Депрессия

в умеренной степени отмечена у больных при лечении гемодиализом. Пациенты после трансплантации почки были в меньшей степени подвергнуты депрессивным нарушениям, чем больные, леченные гемодиализом.

Выводы. Почечная недостаточность в конечной стадии болезни может оказывать влияние на появление симптомов депрессии, а кроме того, применяемое лечение может играть роль в ее появлении, так и утяжелений. Выводы нашего исследования необходимо рассматривать очень осторожно, принимая во внимание множество иных существующих причинных факторов.

А.Поточек

Связь защитных механизмов личности с утяжелением симптомов параксизмальной фобии и депрессии у женщин и мужчин .страдающих астмой тяжелой и трудной, а также аспириновой астмой

Содержание

Задание. Психиатрическое обследование двух групп пациентов, страдающих астмой, в том числе 106 пациентов с астмой тяжелой и трудной, а также 100 больных аспириновой астмой различной тяжести. Задачей исследования была проверка различий в применении защитных механизмов личности пациента женщинами и мужчинами в обеих исследованных группах, а также их связи с утяжелением симптомов параксизмальной фобии и депрессии.

Метод. 106 взрослых пациентов с диагнозом, установленным специалистом -пульмонологом .тяжелой и трудной астмой, а также 100 пациентов,страдающих аспириновой астмой обследованы психиатром. Кроме того, использованы глоссарии М.И.Н.И 5.00, Глоссарий депрессии Бекка, Шкалы паники и агорафобии, а также Глоссарий защитных механизмов (DSQ-40). Психиатрическое исследование было проведено специалистом психиатром с учетом диагностических критериев по Классификации ИЦД-10 и ДСМ-IV. В исследовании приняло участие 78 (74%) женщин и 28 (26%) мужчин с астмой тяжелой и трудной и 66 женщин (66%) и 34 мужчины (34%) с аспириновой астмой. В группе больных с астмой тяжелой и трудной средний возраст женщин равнялся $51,3 \pm 14,5$ лет, а мужчин $47,5 \pm 12,7$ лет. Среди пациентов с аспириновой астмой возраст для женщин $52,7 \pm 12,3$, а для мужчин $48,8 \pm 13,0$.

Результаты. В ходе проведенных исследований обнаружено, что во всей группе больных с тяжелой и трудной астмой существенно чаще появлялись невротические и незрелые защитные механизмы, чем у пациентов с аспириновой астмой. В обеих исследованных группах больных астмой, женщины составляли большинство (74% в группе с астмой тяжелой и трудной, а также 60% в группе с аспириновой астмой). Как у женщин, так и у мужчин в обеих группах отмечена сильная тенденция к снижению частоты использования зрелых механизмов с одновременным ростом применения невротических и незрелых механизмов по мере усиления тяжести симптомов параксизмальной фобии и депрессивных симптомов.

Выводы. Исследования показали, что существует возможность, что качество применяемых защитных механизмов личности больного связано с появлением феномена астмы тяжелой и трудной, присутствующих в популяции больных астмой, особенно женщин.

А.П оточек

Различия в чувстве когеренции при астме тяжелой и трудной, а также при астме гиперчувствительной к аспирину (аспириновой) а также их связи с утяжелением симптомов параксизмальной фобии и депрессии в подгруппах женщин и мужчин

Содержание

Задание. Психиатрическое исследование двух различных групп пациентов, страдающих астмой. В исследовании приняло участие 106 пациентов с астмой тяжелой и трудной и 100

пациентов с диагнозом астмы, гиперчувствительной к аспирину (аспириновая) с различной тяжестью. Задаaniem исследования было также определение различий между когеренцией в обеих исследованных группах, а также их связи с утяжелением симптомов параксизмальной фобии и депрессии у женщин и мужчин.

Метод. 106 взрослых пациентов с диагнозом, установленным специалистом пульмонологом, тяжелой и трудной астмой и 100 больных с аспириновой астмой обследованы психиатром клиническим методом, дополненным тестовыми исследованиями. К этим последним относятся Глоссарий М.И.Н.И. 5.00, Глоссарий депрессии Бека, Шкала паники и агорафобии, а также Глоссарий жизненной ориентировки (СОС-29). Психиатрическое исследование, проведенное психиатром, учитывало диагностические критерии классификаций ИЦД-10 и ДСМ-IV. Среди больных было 78 (74%) женщин и 28 (26%) мужчин с астмой тяжелой и трудной и 66 (66%) женщин и 34 (34%) мужчин с аспириновой астмой. В группе больных астмой тяжелой и трудной средний возраст женщин $-51,3 \pm 14,5$, а для мужчин $47,5 \pm 12,7$. В группе больных аспириновой астмой средний возраст для женщин равнялся $52,7 \pm 112,3$ для женщин и $48,8 \pm 13,0$ для мужчин.

Результаты. В группе больных тяжелой и трудной астмой когеренция исследования в сумме в трех подшкалах была ниже, чем в группе больных аспириновой астмой, а ее уровень коррелировал отрицательным образом как с утяжелением фобийных симптомов, так и депрессивных. В обеих исследованных группах больных астмой женщины составляли большинство (74% в группе с астмой трудной и тяжелой и 66% в группе с аспириновой астмой). При астме трудной и тяжелой у женщин с тяжелыми фобийными симптомами и депрессией обнаружены низшие (худшие), результаты когеренции во всех подшкалах, нежели в аналогичной, с точки зрения клинических симптомов, в подгруппе мужчин.

Выводы. В ходе исследований установлено, что низшее чувство когеренции связано с появлением феномена астмы тяжелой и трудной, появляющейся в популяции больных астмой, особенно у женщин.

М.Форналь

Валидация аттенской шкалы бессоницы

Содержание

Введение. Хроническая бессоница является существенной проблемой ввиду на ее распространение и консенквенции в общественной среде. Это распространение равняется более-менее 6% в генеральной польской популяции (1). Бессоница существенным образом ухудшает качество жизни (2), увеличивает риск появления депрессии (3), а также инцидентов коронарной болезни (4). Кроме того, увеличивает профессиональную абсентию (5), риск дорожных происшествий и травм при профессиональной работе (6). Частым осложнением является зависимость от фармакологических средств, снотворных и алкоголя (6). Применяемые, в настоящее время, классификации, включающие диагностические критерии бессоницы, это – Международная классификация болезней и здравоохранительных проблем (ИЦД-10) (7). Международная классификация нарушения сна ИЦД-2 (8) и ДСМ-IV (9). Несмотря на различия в подходе к проблеме бессоницы, основные критерии сходны во всех классификациях. К ним относятся жалобы на нарушения ночного сна (трудности при засыпании, частые пробуждения ночью, слишком раннее просыпание утром или же сонное утомление) ухудшение функционирования днем, сопутствующее трудностям со сном и присутствие симптомов не менее чем в течение месяца.

Задание. Валидация польской версии аттенской шкалы бессоницы (АШБ) – пособия, предназначенного для количественного измерения бессоницы на основе критерий ИЦД-10.

Метод. Валидацию шкалы проведено в группе 355 лиц из чего 160 пациентов Диспансера лечения нарушений сна при Кафедре и Психиатрической клинике Варшавского медицинского университета с диагнозом неорганической бессоницы по классификации ИЦД-10 (70 мужчин

и 90 женщин, в возрасте $44,9 \pm 15,7$ лет/, а также 196 человек без нарушений сна. (90 мужчин и 106 женщин, средний возраст $43,9 \pm 13,4$). Психометрические особенности Атенской шкалы бессонницы (АШБ) оценены на основании результатов метода главных составляющих, анализа внутренней согласности, метода рест-тест ($IV = 48$, две недели перерыва), а также анализа чувствительности и специфичности.

Результаты. Исследования подтвердили удовлетворительные психометрические особенности АШБ. В факторном анализе выделен только один фактор, объясняющий 60,21% вариации результатов. При исследовании внутренней согласности и абсолютной стабильности АШБ получены высокие показатели правдивости (коэффициент альфа Кронбаха равный 0,90, метод рест-тест $r_2 = 0,92$). Эти показатели оставались на подобном уровне, когда из анализов исключен один из итемов. Лица, страдающие бессонницей, существенно отличались от лиц хорошо спящих в радиусе средней пунктации АПШ ($14,2 \pm 3,9$ пункта и $4,8 \pm 3$ пункта, $p > 0,001$). На основании анализа чувствительности и специфичности шкалы за оптимальный пункт отнятия признан результат совместный в АШБ равный 8 и более пунктов, позволяющий правильно классифицировать 89% исследованных, т.е. 94% лиц, страдающих бессонницей и 84% здоровых.

Выводы. Ввиду значительного распространения бессонницы доступность пособий, облегчающих диагностический процесс этого нарушения, является особенно важным заданием. Сжатость, правдивость и точность АШБ делают это пособие пригодным, как в диагностике бессонницы, а также и эффективности оценки ее лечения.

К. Томашевски

Валидация польской версии языка Patient Health Questionnaire-9 в популяции госпитализированных лиц старшего возраста

Содержание

Задание. Поставлено задание объяснения и оценка пригодности в клинической практике PHQ-9 в польской версии языка при скрининге определения „эпизода большой депрессии” (major depressive episode – MDE) у госпитализированных лиц старшего возраста. Кроме того, предпринято также изыскание оптимального порога отнятия пунктации PHQ-9 для диагноза эпизода большой депрессии по отношению к Краткой гериатрической шкале оценки депрессии (КГШОД).

Метод. В исследование включены лица в возрасте более 60 лет, госпитализированные в Клинике внутренних болезней и Гериатрии университетской больницы в Кракове. Каждый пациент при помощи исследователя заполнял PHQ-9 в польской версии языка, КГШОД, а также личностную анкету.

Результаты. Обследовано 105 лиц (51,4% женщин) в среднем возрасте $73,4 \pm 7,9$ лет. По PHQ-9 (порог отнятия > 6 пунктов) у 36 (34,3%) лиц отмечен эпизод большой депрессии, PHQ-9 бил в значительной степени согласным (альфа-Кронбаха = 0,7), а пунктация каждого из 9 вопросов положительно коррелировал с полным результатом ($0,31 - 0,68$, $p < 0,05$). Согласность результата PHQ-9 с результатом КГШОТ равнялась $P = 0,58$ ($p < 0,05$). Чувствительность и специфичность PHQ-9 для диагноза эпизода большой депрессии (по отношению к КГШОТ) при пороге отнятия менее 6 пунктов, равнялись соответственно 70,4% и 78,2%.

Выводы. PHQ-9 в польской язычной версии оказался пригодным пособием в диагностике при скрининговом исследовании оценки среди госпитализированных лиц старшего возраста. Предлагаемый пункт отнятия для диагноза эпизода большой депрессии находится на уровне более 6 пунктов.

А.Кокошка

Сексуологический глоссарий для скрининговых исследований. Основы и достоверность

Содержание

Задание. Для проведения исследований была необходимость конструкции глоссария, опирающегося на, актуально обязывающих критерий диагнозов (по ИЦД-10).дисфункции и сексуальных нарушениях, обуславливающих диагнозы симптомов этих нарушений в рамках скрининговых исследований, а также определение его достоверности.

Метод. Исследовано 102 больных сексуологических диспансеров (46 женщин и 56 мужчин), средний возраст $32,09 \pm 10,29$, которые жаловались на присутствие симптомов дисфункции или сексуальных нарушений. Пациенты заполняли глоссарий, а потом их ответы были проверены в клинических исследованиях на основании критерий по ИЦД-Ю.

Результаты. Полученные результаты указывают на факт, что при использовании глоссария можно идентифицировать 100% нарушений идентификации полового влечения, почти все сексуальные дисфункции и нарушения, связанные с ориентировкой. Исследована также чувствительность и специфичность глоссария, которые были очень высокие.

Выводы. Сексуологический глоссарий для скрининговых исследований обладает хорошей достоверностью, специфичностью и чувствительностью.

Яцек Бомба

Факторная структура симптомов в Краковском инвентаре депрессии КИД 10 „БИ” в группе 15-летних подростков

Содержание

Задание. Представление частичной эмпирической теоретической концепции картины симптомов депрессии подросткового возраста, лежащей в основе построения КИД 10 „БИ”, а также проверка факторного анализа инвентаря.

Метод. Результаты КИД из исследования нелеченной популяционной пробы 15-летних подростков подвергнуты статистическому анализу. Из общего числа 1118 отобранных для анализа инвентарем КИД 10 „БИ” факторным анализом подвергнуто 594 листов (в том числе 246 мальчиков и 348 девушек) из которых 297, т.е. половина, обладала результатом высшим от критерия скринингового диагноза депрессии. При изыскании наличия общего фактора, а также верификации обоснованности разделения депрессивных симптомов по критериям в клинической практике, проведен факторный анализ методом главных составляющих с ротациями облиминов, кватримакс и варимакс отдельно и совместно для обоих полов.

Результаты. Выделены следующие новые факторы в группе мальчиков: I – снижение настроения и страх, II – аутодеструкция, III – апатия, мнестические трудности, IV – соматические симптомы, V – соматизация, апатия, аутодеструкция, VI – скука и избегание контактов в обществе. В группе девушек: I – снижение настроения, отсутствие желаний на будущее, II – сниженная активность, трудности в науке, познавательные трудности и мотивировка, III – страх, IV – дисфория с аутодеструкцией, V – аутодеструкция, VI – нарушенные формы питания.

Выводы. Картина депрессии в понятии факторного анализа позиций Инвентаря КИД 10 „БИ” неоднороден. Теоретически выделенные группы симптомов, отвечающие в инвентаре отдельным шкалам в очень небольшой степени были подтверждены результатами факторных анализов. Содержание факторов у мальчиков и девушек, как правило, различные. Группы

сосуществующих симниомов, полученных, благодаря анализу сбора, за исключением одного, различные у мальчиков и девушек, что частично может иметь последствие различных картин факторных депрессивных симптомов у обоих полов.

Б.Изидорчик

Применение психодрамы в психотерапии пациентов с анорексией и булимией (избранные элементы теоретического и экспериментального характера)

Содержание

Заданием настоящего исследования является проба представления избранных теоретических предпосылок, так и собственных опытов в радиусе применения в течение психодинамической психотерапии (как групповой, так и индивидуальной) больных анорексией и булимией, элементов Мореновской психодрамы.

Психодрама путем креативности, спонтанности, принятия решений здесь и сразу на сцене, помогает достигнуть и идентифицировать в реализации терапевтические задания. Это позволяет понять больной анорексией или булимией ее внутреннее „перенесенной на тело” конфликтности.

К.Прохвич

Танцевальные мании. Между культурой и медициной

Содержание

Танцевальные мании – это клиническое и культурное явление, которое появилось в Западной Европе между XIII и XVIII веками. Термин танцевальная мания происходит от греческих слов хорос – танец и мания – сумасшествие. Итальянский термин танцевальных маний называется трантизмом, поскольку по местным верованиям вызывался укушением паука из семейства тарантула.

Несмотря на то, что танцевальные мании были хорошо документированы в исторических источниках, причины их появления до сих пор недостаточно разработаны. К наиболее важным предлагаемым причинам танцевальных маний принадлежат: овладение дьяволом, укусы тарантула, отравление спорыньей, эпилепсия, групповые истерические нарушения, экзотические религиозные культы.

В статье представлен обзор гипотез, относящихся к причинам появления эпидемии танца, с учетом медицинских и культовых факторов.

К.Прохвич

Йерусалимский синдром. Симптомы, течение, культурный контекст

Содержание

Йерусалимский синдром – это острая психотическая реакция, появляющаяся у паломников и туристов, посещающих Иерусалим. Главным симптомом является идентификация с одной из персонажей Библии и предпринятие действий, отвечающих этому образу. В статье представлены демографические и культурные факторы, помогающими появлению иерусалимского синдрома. Описаны три главные типы синдрома, с особым учетом „чистого” типа, т.е. у пациентов, у которых кроме симптомов иерусалимского синдрома не присутствуют иные психические нарушения. Представлены диагностические критерии, синдромы и течение „чистого” типа, а также главные стадии его развития. В статье обсуждены также гипотезы на тему причин появления иерусалимского синдрома с учетом роли, которая играет в появлении таких симптомов, а именно само место с особым значением для религиозной традиции.